



ใบรับรองวิทยานิพนธ์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา สาขา \_\_\_\_\_ พลศึกษา  
สาขา \_\_\_\_\_ ภาควิชา \_\_\_\_\_

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับการผ่าตัด  
ต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Affecting Self-care Behaviors of Patients underwent Cataract Surgery with  
Intraocular Lens Implantation at Phramongkutklao Hospital

นามผู้วิจัย พันตรีหญิงสุรพิชี่ มาสมบุญ

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก \_\_\_\_\_

( รองศาสตราจารย์อลิสา นิตธรรม, ค.ม. )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม \_\_\_\_\_

( รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีระเวชเจริญชัย, วท.ม. )

รักษาราชการแทน

หัวหน้าภาควิชา

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสีทธิ, Ph.D. )

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

( รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr. )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับการผ่าตัดต้อกระจก  
ใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Affecting Self-care Behaviors of Patients underwent Cataract Surgery with  
Intraocular Lens Implantation at Phramongkutkiao Hospital

โดย

พันตรีหญิงสุรพิชญ์ มาสมบูรณ์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สุรพิชัย มาสมบุญ, พันตรีหญิง 2553: ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์อลิสสา นิติธรรม, ค.ม. 166 หน้า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกทางจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 150 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม 2552 โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.70 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5) ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองมี 2 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้ร้อยละ 18.7 ตัวแปรที่ทำนายได้ดีที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้ร้อยละ 11.9

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Surapee Masomboon, Major 2010: Factors Affecting Self-care Behaviors of Patients underwent Cataract Surgery with Intraocular Lens Implantation at Phramongkutklao Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Alisa Nititham, M.Ed. 166 pages.

The purpose of this descriptive research was to study factors affecting self-care behaviors of Patients who had cataract surgery with intraocular lens implantation at Phramongkutklao Hospital. One hundred and fifty patients with post cataract surgery with intraocular lens implantation who came for a follow up visit at the out patient of Ophthalmology clinic from November to December 2009 were recruited. Questionnaire was used to collect the data. The data were analysed by a computer statistical program , which included Percentage, Mean, Standard Deviation, Chi- square test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Multiple Regression Analysis.

The results showed that 1) A great number of the subjects (42.7 percent) could achieve medium score on self-care behaviors. 2) The bio-social factors had no significant relationship with self-care behaviors. 3) The internal factor, that is, the knowledge of cataract and cataract surgery had significant correlation ( $p < .01$ ) with self-care behaviors; the perception of barriers and self-efficacy had significant correlation ( $p < .05$ ) with self-care behaviors. 4) Social support, that is, the external factor had significant correlation ( $p < .01$ ) with self-care behaviors. 5) There were 2 factors that could predict self-care behaviors, accounting for 18.7 percent: knowledge of cataract and cataract surgery and social support. The best predictor was social support which accounted for 11.9 percent.

---

Student's signature

---

Thesis Advisor's signature

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สาโรช โศภีรักษ์ ประธานการสอบ รองศาสตราจารย์วิสูตร กองจินดา ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์อลิสานิติธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ช่วยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกทางจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณครู – อาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้วิชาความรู้ พ.ท.หญิง กนกพร ประกอบกิจ พ.ต.หญิง ทิพวรรณ แยมสีบัว คุณนุสรา อุปเสน เพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาสุศึกษาและทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ ความห่วงใยและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อวิฑูรย์ คุณแม่วรสาร จันทร์สมบุญร์ ที่ให้ชีวิต ให้ความรัก ความเสียสละ อบรมสั่งสอนให้รู้จักขยันหมั่นเพียรและอดทน จนทำให้ผู้วิจัยมาถึงวันนี้ได้ ขอขอบคุณ พันโททศพร มาสมบุญร์และลูกๆ ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ศุรพีย์ มาสมบุญร์

กุมภาพันธ์ 2553

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(5)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	5
การตรวจเอกสาร	12
อุปกรณ์และวิธีการ	76
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	89
ผลการวิจัย	89
ข้อวิจารณ์	105
สรุปและข้อเสนอแนะ	113
สรุป	113
ข้อเสนอแนะ	118
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	124
ภาคผนวก	130
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	131
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	133
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	166

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม	91
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจก และการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	93
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	94
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	95
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	95
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	96
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	96
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	97
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	98
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	98
11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	99
12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	101

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม	102
14	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ แก้วตาเทียม	103
15	รูปแบบสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจก ที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม	103
<b>ตารางผนวกที่</b>		
ข1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม	150
ข2	แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกและการผ่าตัด ต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม	152
ข3	แสดงจำนวนและร้อยละของทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม	153
ข4	แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระจก และการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม	154
ข5	แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะ แทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม	155
ข6	แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ภายหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม	156
ข7	แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม	157
ข8	แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง ภายหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม	158

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
ข9	แสดงจำนวนและร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าแกวตาเทียม	159
ข10	แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าแกวตาเทียม	160
ข11	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่รับการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าแกวตาเทียม	162

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงความสมดุลในการดูแลสุขภาพของตนเอง	50
2	แสดงความไม่สมดุลในการดูแลสุขภาพของตนเอง	50
3	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	57
4	แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับความคาดหวังในผลของการกระทำ	59
5	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล	60
6	กรอบแนวคิดในการวิจัย	74

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับการผ่าตัด  
ต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Affecting Self-care Behaviors of Patients underwent Cataract Surgery  
with Intraocular Lens Implantation at Phramongkutklao Hospital

คำนำ

ต้อกระจก (Cataract) เป็นโรคที่มีการขุ่นของเลนส์แก้วตา ซึ่งเลนส์แก้วตามีหน้าที่รวมแสงจากวัตถุด้านหน้าให้ตกลงพอดีที่จอประสาทตา เมื่อเลนส์แก้วตาเกิดขุ่นขึ้นก็ทำให้แสงผ่านไปยังจอประสาทตาไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวลงคล้ายกับมองผ่านกระจกฝ้า และจะมัวลงไปเรื่อยๆ โดยที่ไม่มีอาการปวดตาหรือตาแดง ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ทั้งสองตา อาการของต้อกระจกจะเป็นเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ อาศัยเวลาเป็นปีตามธรรมชาติของโรคเอง เมื่อต้อกระจกสุกและทิ้งไว้ไม่รักษาจะเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคต้อหินแบบเฉียบพลัน โรคม่านตาอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตามาก ตาแดง และอาจทำให้ตาบอดได้ (ขรรค์ชัย, 2548)

องค์การอนามัยโลก (WHO) (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) คาดว่าทั่วโลกมีคนตาบอด 37 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเด็กถึง 1.4 ล้านคน มีผู้มีสายตาสั้น 124 ล้านคนและร้อยละ 90 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา คนตาบอดส่วนใหญ่ร้อยละ 82 มีอายุ 50 ปีขึ้นไป พบมากที่สุดในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งมี 10 ประเทศ ประมาณ 12 ล้านคน รองลงมาคือ ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก 9 ล้านคนเศษ โดยร้อยละ 50 ของคนตาบอดมีสาเหตุสำคัญมาจากโรคต้อกระจก ร้อยละ 9 จากโรคจอประสาทตาเสื่อมตามวัยในผู้สูงอายุ รวมทั้งมีสาเหตุมาจากโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ เช่น ต้อหินร้อยละ 12 เบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 5 และจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ริดสีดวงตาแฝดที่จอประสาทตา รวมทั้งความผิดปกติแต่กำเนิดในเด็ก เช่น ต้อกระจกจอประสาทตาเสื่อมจากการคลอดก่อนกำหนด และการขาดวิตามินเอ ฯลฯ และคาดการณ์ว่าในปี 2563 จะมีคนตาบอดทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 46 ล้านคน

สำหรับประเทศไทย ผลสำรวจเมื่อปี 2539 (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) พบว่ามีอัตราคนตาบอดสนิทเพียงร้อยละ 0.3 ซึ่งจัดว่าต่ำที่สุดในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คาดว่าประเทศไทยมีคนตาบอดสนิทประมาณ 2 แสนคน ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยสาเหตุหลักมาจากโรคต้อกระจกสูงถึงร้อยละ 70

ในอนาคตทั่วโลกมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้โอกาสเกิดความพิการทางสายตาเพิ่มขึ้น รวมทั้งปัญหาคนตาบอดที่เกิดจากโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยผู้มีปัญหาทางสายตาว่าร้อยละ 75 สามารถป้องกันไม่ให้เกิดตาบอดได้ จึงต้องวางแผนเพื่อป้องกันผลกระทบในอนาคต ซึ่งในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดโครงการแก้วตาดวงใจเทิดไท้ 72 พรรชามหาราชินี ตั้งแต่ปี 2544 – 2547 สามารถผ่าตัดผู้ป่วยโรคต้อกระจก 1 แสนคนทั่วประเทศ สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่คาดว่าจะมีปีละ 80,000 – 100,000 คน ในปี 2550 จัดโครงการผ่าตัดเพิ่มอีก 80,000 คน มีการประสานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ค้นหาผู้ป่วยจากชุมชน เพื่อส่งไปรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปของแต่ละจังหวัด (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สำหรับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีสถิติผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมปี 49 รวม 1,296 ราย จากจำนวนทั้งหมด 2,268 ราย คิดเป็น 57%, ปี 50 รวม 1,379 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,783 ราย คิดเป็น 49.5%, ปี 51 รวม 1,496 ราย จากจำนวนทั้งหมด 2,783 ราย คิดเป็น 53.8% (กองจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2551) และจากข้อมูลที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมพบว่า มีผู้ป่วยบางรายมีการติดเชื้อหลังผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องมาจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มาขอทำผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมเพิ่มมากขึ้นทุกปี การทำผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้กระทำอย่างต่อเนื่องมายาวนาน จำนวนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกมีสถิติสูงเป็นอันดับหนึ่งของการผ่าตัดตาทั้งหมดมาโดยตลอด (กองจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2551) โดยการทำผ่าตัดต้อกระจกในปัจจุบันมี 2 วิธีคือ วิธีผ่าตัดเอาต้อกระจกออกมาทั้งก้อนและเย็บปิดแผลผ่าตัด และวิธีสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งการผ่าตัดแบบเก่าคือ การผ่าตัดเอาต้อกระจกออกมาทั้งก้อน และเย็บปิดแผลผ่าตัด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะต้องนอนโรงพยาบาล เพราะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่า ส่วนการทำผ่าตัดแบบใหม่คือ การใช้วิธีสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ส่วนใหญ่แผลจะเล็กมาก ไม่ต้องเย็บ

ปิดแผล ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนใด ๆ จึงไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล สามารถกลับไปพักผ่อนที่บ้านได้เลย

จะเห็นได้ว่าการให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือการติดเชื้อภายในลูกตาซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ จากการเก็บข้อมูลการตรวจหลังผ่าตัดและการซักถามผู้ป่วยที่มาตรวจหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ เกิดมาจากพฤติกรรมดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัด ได้แก่ การให้แผลหลังผ่าตัดถูกน้ำ การเช็ดตาไม่ถูกต้องตามหลักความสะอาด การเดินทางไกลหลังผ่าตัดใหม่ๆ สุขบัญญัติส่วนตัวไม่สะอาด และการไม่หยุดตาตามที่แพทย์สั่ง ฯลฯ

พฤติกรรมดูแลตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องเสียก่อน จากแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของ Becher (1977) พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้ และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย องค์ประกอบ 6 ประการคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว แรงจูงใจด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านประชากร ด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติตน

จากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีผลที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ครอบครัว ชุมชน รวมถึงผลที่มีต่อการพัฒนาประเทศ เพราะถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้จากการติดเชื้อหลังผ่าตัด ซึ่งจะเป็นภาระต่อครอบครัวในระยะยาว ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ ครอบครัว สังคม ชุมชนต่อไป

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการให้สุศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดภาวะไม่พึงประสงค์ หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมต่อไป



## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง ภายหลังจากการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5. ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### ประโยชน์ที่ได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ผลการวิจัย นำไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
2. ผลการวิจัย นำไปใช้เป็นพื้นฐานข้อมูล ในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่ถูกต้องและปรับปรุงพัฒนางานด้านการให้สุศึกษาให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผลการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม และเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจในการศึกษาวิจัยต่อไป

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยที่ แผนกผู้ป่วยนอกทางจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและมารับการตรวจตามนัดภายหลังการผ่าตัด ในเดือนพฤศจิกายน- ธันวาคม 2552 ระยะเวลา 2 เดือน

## ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

#### ประกอบด้วย

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย
  - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
  - 1.2 ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกภายหลังการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
  - 1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
  - 1.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
  - 1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
  - 1.6 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
  - 1.7 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

2.1 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว

2.2 การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ

2.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

3. ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย

3.1 เพศ

3.2 อายุ

3.3 สถานภาพสมรส

3.4 ระดับการศึกษา

3.5 อาชีพ

3.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

3.7 โรคประจำตัว

3.8 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

## ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัด  
ต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ในด้านต่อไปนี้

1. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การเช็ดตา หยอดตา  
อย่างถูกต้อง สะอาด ปลอดภัย การดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้ถูกน้ำ การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจ  
ตามแพทย์นัด
2. คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคต่อกระจกและครอบครัว

### นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้อง  
ไว้ดังนี้

ปัจจัย หมายถึง สิ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับ  
การผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ปัจจัยภายในตัวบุคคล หมายถึง คุณลักษณะภายในของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผล  
ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัด  
ต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ประกอบด้วย

ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง  
ความเข้าใจ เรื่องโรคต่อกระจก สามารถอธิบายเกี่ยวกับ ความหมายของโรคต่อกระจก สาเหตุ  
ของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่อกระจก อาการ และอาการแสดง การรักษา  
โรคต่อกระจก รวมถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ แก้วตาเทียม หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การเรียนรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคล

การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อกระดูก และการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง ความเชื่อ ความคิดเห็น ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยถึงความรุนแรงของโรคต่อกระดูก และ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันต่อครอบครัว และสังคม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ แก้วตาเทียม หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือการคาดคะเนของผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เมื่อมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยถึงประโยชน์ที่ได้รับในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมว่ามีประโยชน์และผลดีกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างไร เช่น สามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยถึงปัญหาที่ทำให้ การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดไม่ถูกต้อง และเข้าใจอุปสรรคที่ขัดขวางการดูแลตนเองหลัง การผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ แก้วตาเทียม หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตน หรือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ว่าสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองได้โดยมีความความรู้ ความเข้าใจ

เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ภายหลังจากผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการส่งเสริม การสนับสนุน ช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการรับรู้พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และการยอมรับภาวะร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะพื้นฐานของบุคคล หรือของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ตามสภาพที่เป็นอยู่ในขณะที่ทำการศึกษาวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง บุคคลที่ป่วยด้วยโรคต่อกระดูก และที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมทั้งแบบเปิดแผลที่กระดูกตา และแบบที่ใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่ผู้ป่วยกระทำอย่างมีเป้าหมาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงออก เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพ และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และหยุดยาอย่างถูกต้อง การเช็ดตาหลังผ่าตัดอย่างถูกวิธี การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด

## การตรวจเอกสาร

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนงานวิจัย มีสาระสำคัญดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
  - 2.1 สาเหตุของการเกิดโรคต่อกระดูก
  - 2.2 อาการของโรคต่อกระดูก
  - 2.3 การป้องกันโรคต่อกระดูก
  - 2.4 การรักษาโรคต่อกระดูก
  - 2.5 การผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
  - 2.6 เลนส์แก้วตาเทียม
  - 2.7 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระดูก
  - 2.8 การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
  - 2.9 การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

### 3. แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง

3.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

3.3 ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Theory)

3.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### บริบทของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

##### บริบททั่วไป (General Context)

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2558) เป็นหน่วยขึ้นตรงของศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า ถือกำเนิดจากการที่กองทัพบกดำริที่จะจัดให้มีสถานพยาบาลส่วนกลางสำหรับทหารขึ้น ใน พ.ศ. 2475 โดยจัดตั้งเป็นกองเสนารักษ์ จังหวัดทหารบกกรุงเทพ และได้รับพระราชทาน พระราชวังพญาไทจากพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 7 ให้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล ต่อมา ในปี พ.ศ. 2476 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นกองเสนารักษ์มณฑลทหารบกที่ 1 และใช้ชื่อนี้ตลอดมา จนกระทั่งวันที่ 3 มกราคม 2489 ได้แปรสภาพเป็นโรงพยาบาลกองทัพบก

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดตติยภูมิของกองทัพบก ปฏิบัติงานในลักษณะของการเป็นศูนย์การแพทย์ทหารของกระทรวงกลาโหม ซึ่งนอกจากการเป็นสถาบันที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในทุกระดับการบริการแล้ว ยังเป็นสถาบันการศึกษาของวิทยาลัย แพทย์ศาสตร์พระมงกุฎเกล้า วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ของแพทย์สภา ซึ่งให้การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางได้ครบทุกสาขา และมีภารกิจหน้าที่ให้บริการ สุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ (หน่วยตรวจโรค ณ ที่ตั้งของหน่วยทหารในสังกัดกองทัพบกในเขต กรุงเทพมหานคร) และตติยภูมิ (ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) แก่ ทหาร ครอบครัว และ

ประชาชนทั่วไป เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และโรคเฉพาะทาง ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุกรรม โสต ศอ นาสิกกรรม ออร์โธปิดิกส์ จิตเวช เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชกรรมฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ โดยสาขาที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษและได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิขั้นสูง (Center of Excellence) ได้แก่ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์โรคหัวใจ นอกจากนี้ทางโรงพยาบาล มีนโยบายที่จะผลักดันให้เป็น ศูนย์การแพทย์ที่เป็นเลิศอีก 2 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ และ ศูนย์เวชศาสตร์ทหาร

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็น “สถาบันหลัก” ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ได้รับ อนุมัติจากแพทยสภาให้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาต่างๆ มากกว่า 30 หลักสูตร รวมถึงสาขาที่เปิดฝึกอบรมใหม่ 2 สาขา ได้แก่ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ เวชศาสตร์ครอบครัว และเป็น โรงเรียนแพทย์ซึ่งจัดการเรียนการสอนในระดับคลินิกให้แก่ นักเรียน แพทย์ทหารของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และนักเรียนพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล กงทัพบก ในแต่ละปีจะมีนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านจากต่างประเทศ มาขอศึกษา และ ฝึกงานในสาขาต่างๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ อายุรกรรม (โรคติดเชื้อ) กุมารเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์ ครอบครัว และเป็นศูนย์การแพทย์ที่ได้ผลิตผลงานวิจัยทางคลินิกและวิทยาศาสตร์พื้นฐานซึ่งได้รับการตีพิมพ์ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติอย่างต่อเนื่อง โดยมีอาจารย์แพทย์ที่มีผลงานวิจัย และสิ่งประดิษฐ์ซึ่งได้รับรางวัลทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

ปัจจุบันโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีขนาด 1,200 เตียง และสามารถขยายได้ถึง 1,600 เตียง เมื่อมีสถานการณ์การสู้รบ ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนใหญ่เป็นพลเรือน ร้อยละ 75 เป็นทหารและครอบครัวร้อยละ 25

ในปี พ.ศ. 2547 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยนอก จำนวน 942,808 ราย (สูงขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 5.5) โดยร้อยละ 68.8 เป็นผู้ป่วยสังกัดพลเรือน คงเป็น ข้าราชการและครอบครัว ร้อยละ 31.2 และมีสถิติผู้ป่วยในรวม 27,335 ราย (สูงขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 3.6) โดยร้อยละ 77.1 เป็นผู้ป่วยสังกัดพลเรือน และเป็นข้าราชการและครอบครัว ร้อยละ 22.9

## วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม

วิสัยทัศน์ (Vision) เป็นศูนย์การแพทย์ทหารที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการ และงานบริการ เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และระดับภูมิภาค

### พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการสุขภาพที่ประทับใจและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ทหาร ครอบครัวข้าราชการ และประชาชน
2. จัดฝึกศึกษาให้นักเรียนแพทย์ทหาร นักเรียนพยาบาล แพทย์ประจำบ้านตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับให้เทียบพร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ความสามารถในทางการแพทย์
3. ผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับสากลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วย
4. ปฏิบัติภารกิจตามที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยเหนืออย่างมีประสิทธิภาพ
5. ส่งเสริมและธำรงรักษากฎขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมไทย

### อุดมการณ์ (Core Values)

1. ภาวะผู้นำ (Leadership)
2. การบริการที่ดี (Service Mind)
3. การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement motivation)
4. การตั้งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise)

5. การเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง ทั้งผู้รับผลงานในระดับองค์กร/ หน่วยบริการสุขภาพ ทหารและประชาชนผู้รับบริการ (Customer focus)

6. ความร่วมแรงร่วมใจทำงานเป็นทีม สามัคคี มีความเอื้ออาทร ในลักษณะกัลยาณมิตร (Teamwork)

7. วัฒนธรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Learning dynamics)

8. การเป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ การประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Quality mind)

9. การรักษามาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพในระดับสูง (Integrity)

ลักษณะโดยรวมของบุคลากร จำนวน สัดส่วน ความเชี่ยวชาญ ผู้อยู่ในกำกับดูแล

1. อาจารย์แพทย์ที่มีความรู้ ประสบการณ์และทักษะในสาขาหลักและอนุสาขาต่างๆ ที่ได้รับอนุมัติจากแพทยสภาให้เปิดฝีกอบรม มากกว่า 200 คน มีแพทย์ประจำบ้านในสาขาหลัก และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดในอนุสาขาต่างๆ รวมมากกว่า 200 คน โดยอาจารย์แพทย์นอกจาก ทำงานรักษาพยาบาลผู้ป่วย และสอนนักเรียนแพทย์/ แพทย์ประจำบ้านแล้ว ยังอุทิศตนเองให้กับ งานวิจัยและงานบริการทางวิชาการของราชวิทยาลัยฯ สมาคมวิชาชีพ และชมรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางต่างๆ และบางท่านได้รับการยอมรับให้ปฏิบัติหน้าที่อันตรงเกียรติในตำแหน่งประธาน ราชวิทยาลัยฯ นายกสมาคมฯ และประธานชมรมฯ อาจารย์แพทย์ส่วนใหญ่มีผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ ในวารสารวิชาการทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

2. พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความรู้ ประสบการณ์ และทักษะวิชาชีพทั่วไป และเฉพาะทาง จำนวน 634 คน โดยเฉพาะในหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ในระดับ ตติยภูมิขั้นสูง นอกจากนี้ยังมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ ณ หน่วยตรวจ โรคต่างๆ โดยพยาบาลส่วนหนึ่งแม้จะได้โอนย้ายไปรับตำแหน่งที่สูงขึ้นนอกโรงพยาบาล แต่ยังคง มาช่วยราชการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าต่อไปในบทบาทที่ปรึกษาทางการพยาบาล

3. นักเรียนแพทย์ทหารและแพทย์ประจำบ้านที่ขึ้นมาปฏิบัติงานและรับการฝึกอบรม ทั้งนี้ การปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การกำกับดูแลและรับผิดชอบของอาจารย์แพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง

## ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก

### โรคต้อกระจก

ตา เป็นอวัยวะซึ่งมีหน้าที่ในการมองเห็น อยู่ในกลุ่มอวัยวะรับความรู้สึกพิเศษ (Organs of special senses) ที่ต้องมีการทำงานร่วมกับระบบประสาทส่วนกลาง การมองเห็นจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยตัวกลางที่โปร่งใส ยอมให้แสงที่มาจากวัตถุด้านหน้าลูกตาผ่านเข้าไปถึงจอประสาทตา (Retina) ได้ ตัวกลางที่ต้องโปร่งใสจากด้านหน้าเข้าไป ได้แก่ กระจกตา (Cornea) น้ำในช่องหน้าม่านตา (Aqueous) เลนส์แก้วตา (Lens) และ น้ำวุ้นลูกตา (Vitreous) สำหรับเลนส์แก้วตานั้น นอกจากต้องโปร่งใสแล้ว จะมีหน้าที่ในการรวมแสงหรือโฟกัสภาพ (Focus) เพื่อให้ตกลงเป็นจุดพอดีบนจอประสาทตาด้วย ภาพที่มองเห็นจึงจะคมชัด จากนั้นจอประสาทตาจะส่งสัญญาณภาพไปตามเส้นประสาทตา (Optic Nerve) ไปยังสมอง ซึ่งสมองจะแปลสัญญาณภาพออกมาเป็นความรู้สึก รับรู้ว่ามีภาพของวัตถุอยู่ที่ด้านหน้าตา (American Academy of Ophthalmology, 1996, 1997)

เลนส์แก้วตามีรูปร่างเป็นเลนส์นูน มีกำลังขยายประมาณ 20 ไดออปเตอร์ ประกอบด้วย ถุงหุ้มเลนส์ (Lens Capsule) เนื้อเลนส์ ซึ่งเป็นสารโปรตีน ที่เกิดจากการงอกสะสมของเซลล์บริเวณขอบเลนส์ เมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเลนส์ตรงกลาง ซึ่งเรียกว่า นิวเคลียสของเลนส์จะอัดกันแน่นมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เลนส์มีความยืดหยุ่นน้อยลงจนค่อยๆ สูญเสียความสามารถในการปรับภาพในระยะใกล้ไปในที่สุด เราเรียกสภาวะนี้ว่า สายตาคันแก่ (Presbyopia) ซึ่งต้องแก้ไขโดยการสวมแว่นตาเลนส์นูนช่วยเมื่อต้องมองวัตถุใกล้ๆ หรือตอนอ่านหนังสือ

ต้อกระจก (Cataract) คือ โรคที่เกิดจากการขุ่นของเลนส์แก้วตา ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวลง เหมือนหมอกมาบังตาค้างกับมองผ่านกระจกฝ้า เนื่องจากเลนส์แก้วตาไม่สามารถรวมแสงได้และแสงจะแตกกระจายออกไปโดยที่ไม่มีอาการปวดตาหรือตาแดง ส่วนใหญ่มักเกิดพร้อมๆ กัน ทั้งสองตา โรคต้อกระจกไม่ได้เกิดจากการใช้สายตามาก และผู้ที่เป็นต์้อกระจกแล้วการใช้สายตามากก็ไม่ได้ทำให้อาการเลวลง แต่ต้อกระจกจะเป็นเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ อาศัยเวลาเป็นปี ตามธรรมชาติของโรคเอง

## สาเหตุของโรคต้อกระจก

1. การเสื่อมของเลนส์แก้วตาตามธรรมชาติเมื่ออายุมากขึ้น โดยเลนส์แก้วตาจะแข็งและขุ่น มักเปลี่ยนสีจากใสไม่มีสี เป็นสีเหลืองหรือสีน้ำตาล ต้อกระจกจากสาเหตุนี้เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ส่วนใหญ่สามารถตรวจพบการขุ่นของเลนส์แก้วตาได้เมื่อมีอายุประมาณ 50 ปีขึ้นไป และยิ่งมีอายุมากขึ้น ก็จะตรวจพบต้อกระจกขุ่นมากขึ้นด้วย
2. เกิดร่วมกับโรคหรือภาวะอื่น ได้แก่ จากโรคทางกายบางอย่าง เช่น เบาหวาน ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิดเป็นระยะเวลายาวนาน เช่น ยากลุ่มสเตียรอยด์ โรคตาบางชนิด เช่น โรคม่านตาอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น
3. จากภัยอันตรายต่อตา เช่น จากการถูกของแข็งกระแทกตา ของแหลมแทงทะลุตา สารเคมีเข้าตา ถูกความร้อนจัด หรือถูกกระแสไฟฟ้าช็อต
4. จากการได้รับรังสีบางชนิด ได้แก่ รังสีอัลตราไวโอเล็ต ซึ่งมากับแสงแดด เป็นเวลานานๆ อย่างต่อเนื่อง รังสีอัลตราไวโอเล็ตชนิดบี (UV-B) สามารถผ่านทะลุกระจกตาเข้าสู่เลนส์แก้วตาได้ ทำให้เลนส์แก้วตาขุ่น ผู้ที่ต้องอยู่กลางแจ้งบ่อยๆ และประชากรที่อยู่ในเขตใกล้เส้นศูนย์สูตรมีอุบัติการณ์ของการเกิดต้อกระจกสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่กลางแจ้งบ่อยๆ และประชากรที่อยู่ในเขตอบอุ่น รังสีชนิดอื่นๆ ได้แก่ รังสีเอกซ์ รังสีแกมมา ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายแสงบำบัดบริเวณลูกตาก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นต้อกระจกได้
5. โรคทางกรรมพันธุ์ และความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ทารกที่เกิดจากมารดาที่ป่วยเป็นโรคหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์ ก็จะเป็นต้อกระจกแต่กำเนิด หรือโรคโฮโมซิสทีนูเรีย (Homocysteinuria) ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติของเมตาบอลิซึม เด็กที่ป่วยโรคนี้อาจมีต้อกระจกร่วมด้วย เป็นต้น (American Academy of Ophthalmology, 1996, 1997)

## อาการของโรคต้อกระจก

เมื่อเลนส์แก้วตาขุ่น ก็จะทำให้ตามัวลง อาการจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเลนส์แก้วตาที่ขุ่น เช่น ขุ่นอยู่บริเวณตรงกลาง ตาจะมัวมากกว่าขุ่นที่ขอบเลนส์ และระดับของความขุ่นมากน้อยเพียงใด อาการที่พบบ่อยของโรคต้อกระจกคือ (American Academy of Ophthalmology, 1996, 1997)

1. ตามัวเหมือนมองผ่านกระจกฝ้า หรือมองผ่านหมอก หากเลนส์แก้วตาขุ่นแต่เฉพาะบริเวณตรงกลางเลนส์ทางด้านหลัง (Posterior Subcapsular Cataract) ก็จะมีอาการตามัวมากขณะอยู่ในที่สว่าง แต่จะมองได้ชัดกว่าในที่แสงสลัว เนื่องจากรูม่านตาจะหดในที่สว่าง และขยายออกในที่มืด
2. เห็นภาพซ้อน เมื่อมองด้วยตาที่เป็นต้อกระจกข้างเดียว การมองภาพซ้อนในตาข้างเดียวเกิดจากเลนส์แก้วตาที่เป็นต้อกระจกจะมีการหักเหของแสงที่มาจากวัตถุอันเดียวกัน ออกไปหลายแนว ทำให้เกิดภาพหลายภาพตกลงบนจอประสาทตา
3. สู้แสงไม่ได้เหมือนมีผ้ามาบัง ในขณะที่มีแสงจ้า ม่านตาจะหดเล็กน้อยเพื่อให้แสงผ่านเข้าตาน้อยลง แต่ผู้ป่วยมีเลนส์แก้วตาขุ่นอยู่แล้วจึงทำให้ตามัวมากขึ้น
4. ต้องเปลี่ยนแว่นสายตาทบ่อยๆ เพราะเลนส์แก้วตาจะบวมในระยะแรกๆ ทำให้สายตาเปลี่ยนไป แต่เมื่อเป็นมากขึ้นแม้จะเปลี่ยนแว่นตาแล้วก็ยังคงมองไม่เห็น ต้องดูอะไรในระยะใกล้เมื่อต้อกระจกสุก จะมองเห็นแสงเลือนแฉ่เห็นเงาไหวๆ หรือบอกทิศทางของแสงสว่างได้เท่านั้น
5. อาการของโรคแทรกซ้อน จะเกิดเมื่อต้อกระจกสุก และทิ้งไว้ไม่รักษา เช่น โรคต้อหินแบบเฉียบพลัน โรคม่านตาอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งจะมีอาการปวดตามาก ตาแดง ต่างจากโรคต้อกระจกทั่วไป ที่จะไม่มีอาการเหล่านั้น

## การป้องกันโรคต้อกระจก

ต้อกระจกที่เกิดจากบางสาเหตุอาจป้องกันได้บ้าง เช่น การป้องกันอุบัติเหตุต่อดวงตา โดยพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดภัยอันตรายต่อตา การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป การป้องกันรังสีอัลตราไวโอเล็ต โดยหลีกเลี่ยงแสงแดดจัดๆ การสวมแว่นตากันแดดเมื่อต้องออกไปกลางแจ้ง และการไม่ใช้ยาที่อันตราย เช่น ยาหยอดตาที่มีสารสเตียรอยด์ โดยไม่ใช้ยาหยอดตาโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ วิธีต่างๆ เหล่านี้อาจช่วยป้องกันต้อกระจกได้ แต่ต้อกระจกที่เกิดจากการเสื่อมตามธรรมชาติ ไม่สามารถป้องกันได้ มีผู้พยายามคิดค้นยาหยอดตา ยากิน เพื่อช่วยรักษา หรือยับยั้งไม่ให้ต้อกระจกเป็นมากขึ้น แต่จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มียาตัวใดที่ให้ผลการรักษาที่ได้ผลอย่างแท้จริง (American Academy of Ophthalmology, 1996, 1997)

## การรักษาโรคต้อกระจก

การรักษาโรคต้อกระจกในระยะที่เริ่มเป็น ดังที่กล่าวไว้แล้วว่า ยังไม่มียาใดๆ ใช้รักษาได้ แต่การรักษาตามอาการ ได้แก่ การวัดและประกอบแว่นตาให้ถูกต้องทั้งมองไกลและมองใกล้ จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้สายตาที่ยังไม่มัวมาก ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้สะดวกขึ้น ผู้ป่วยบางรายที่เป็นต้อกระจกเฉพาะตรงกลางเลนส์ ก็อาจใช้ยาหยอดตาขยายม่านตาเพื่อให้อาบน้ำเลนส์ส่วนที่ยังไม่ขุ่นในการรวมแสง แต่การรักษาตามอาการเหล่านี้ จะใช้ได้ผลเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากในที่สุด ต้อกระจกจะขุ่นมากขึ้นจนการรักษาตามอาการต่างๆ ไม่ได้ผลอีก (American Academy of Ophthalmology, 1996, 1997)

การรักษาต้อกระจกที่ได้ผลดีที่สุดคือ การผ่าตัดต้อกระจก หลักการคือผ่าตัดเอาเลนส์ที่ขุ่นมากออกจากดวงตา แล้วแก้ไขภาวะที่ไม่มีเลนส์ธรรมชาติโดยการประกอบแว่นตา เลนส์สัมผัส (Contact Lens) หรือ การใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Intraocular Lens) ข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรรับการรักษาโดยการผ่าตัดแล้ว ได้แก่ ผู้ป่วยต้อกระจกที่มีสายตามัวมากจนดำเนินชีวิตประจำวันได้ไม่สะดวก โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาชีพนักบินอาจต้องผ่าตัดรักษาแม้ระดับสายตายังมัวไม่มากนัก แต่สายตาระดับเดียวกันในผู้ที่เกษียณอายุแล้ว และอยู่กับบ้านอาจยังไม่จำเป็นต้องรับการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ข้อนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผ่าตัดต้อกระจกที่พบบ่อยที่สุดในปัจจุบัน ข้อบ่งชี้อื่นๆ ได้แก่ ต้อกระจกเป็นมากจนสูง หรือเกิดโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย หรือเลนส์ขุ่นมากจนทำให้บังคับการตรวจรักษาโรคของจอประสาทตา เช่น ไม่สามารถยิงแสงเลเซอร์รักษาโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ ก็จำเป็นต้องผ่าตัดเอาต้อกระจกออก

โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากต้อกระจกที่ไม่ได้รับการผ่าตัดหรือทิ้งไว้จนสุกเกินไป ได้แก่ โรคต้อหินที่เกิดจากตัวต้อกระจกละลายออกมา (Phacolytic glaucoma) โรคต้อหินที่เกิดจากตัวเนื้อต้อหนาแน่น (Phacomorphic glaucoma) โรคม่านตาอักเสบจากเนื้อเลนส์ละลายออกมากกระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้ (Phacoantigenic uveitis) และตัวต้อกระจกหลุดออกจากที่ (Lens dislocation) เมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นแล้ว จะทำให้การผ่าตัดได้ผลที่ด้อยกว่าหากยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น

### การผ่าตัดต้อกระจก

1. การตรวจก่อนการผ่าตัด เมื่อมีอาการตามัวลงหรือมองเห็นผิดปกติไปจากเดิม ควรไปพบจักษุแพทย์เพื่อรับการตรวจหาสาเหตุ ยิ่งมีอาการตามัวในระยะเวลาสั้นเท่าใดยิ่งควรรีบไปพบจักษุแพทย์เร็วขึ้นเท่านั้น เนื่องจากมักเป็นโรคอื่นที่อาจมีอันตรายมากกว่าโรคต้อกระจก จักษุแพทย์จะซักถามอาการและประวัติการเจ็บป่วยโดยทั่วไปก่อน เพื่อหาสาเหตุของต้อกระจก จากนั้นจะต้องตรวจตามขั้นตอนดังนี้ (American Academy of Ophthalmology, 1996, 1997)

1.1 วัดระดับความสามารถในการมองเห็น (Visual Acuity) ของตาแต่ละข้าง

1.2 วัดความดันลูกตา (Intraocular Pressure) ในแต่ละข้าง

1.3 ตรวจตาโดยทั่วไป ได้แก่การทำงานของกล้ามเนื้อตา เปลือกตา เยื่อบุตา กระจกตา ช่องน้ำม่านตา รูม่านตา เลนส์แก้วตา จอประสาทตา และขั้วประสาทตาอย่างคร่าวๆ

1.4 ในรายที่มีการขุ่นของเลนส์แก้วตา หรือเป็นต้อกระจก จักษุแพทย์มักจำเป็นต้องหยอดยาขยายม่านตา เพื่อตรวจดูลักษณะของต้อกระจกโดยละเอียด และเพื่อตรวจสภาพของจอประสาทตาส่วนขอบนอกด้วย เพื่อที่จะสามารถทราบได้ว่า ภายหลังจากผ่าตัดแล้ว ระดับสายตาจะกลับมามองเห็นได้ประมาณเท่าไร และมีความจำเป็นมากในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทั้งสองโรคอาจมีรอยโรคที่จอประสาทตาาร่วมด้วย

1.5 การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อความีโรคอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ เพราะการผ่าตัดต้อกระจกไม่ใช่เรื่องรีบด่วน ดังนั้นควรรักษาหรือควบคุมโรคต่างๆ ให้อยู่ในภาวะปลอดภัยเสียก่อน เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัด โรคที่สำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

1.6 การตรวจวัดค่าความยาวของลูกตาด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (A – Scan Biometry) และการวัดกำลังของเลนส์แก้วตาเทียม ในรายที่จะใส่เลนส์แก้วตาเทียมระหว่างผ่าตัด เพื่อที่จะได้เตรียมเลนส์แก้วตาเทียมกำลังขยายที่พอดีสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

2. การทำผ่าตัด การผ่าตัดต่อกระจกมีจุดประสงค์คือ กำจัดเลนส์ที่ขุ่นออกไปจากลูกตา และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ มักกระทำโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ ไม่ได้ดมยาสลบ ผู้ป่วยจะยังรู้สึกตัวคืออยู่ และต้องให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด เนื่องจากเป็นงานที่ละเอียดต้องใช้ความประณีตและระมัดระวังอย่างสูง แพทย์จะต้องมองผ่านกล้องขยายระหว่างการผ่าตัดโดยใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง จักษุแพทย์ที่ชำนาญอาจผ่าตัดโดยวิธีการสลบต่อกระจกในเวลาเพียง 10 ถึง 15 นาที ผู้ป่วยต้องอยู่นิ่งๆ ระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บปวดระหว่างผ่าตัดโดยใช้ยาชาหยอดตา หรือฉีดยาชาเฉพาะที่ แพทย์จะเตรียมทำความสะอาด ทายาฆ่าเชื้อรอบๆ ตาข้างที่จะผ่าตัด และใบหน้า ขณะผ่าตัดจำเป็นต้องคลุมผ้าบริเวณส่วนอื่นของใบหน้าเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จากนั้นก็จะเริ่มผ่าตัด ซึ่งรายละเอียดของการผ่าตัดแต่ละวิธีจะกล่าวต่อไป หากวางแผนจะใส่เลนส์แก้วตาเทียม ก็จะใส่เลนส์ก่อนปิดแผลผ่าตัด เมื่อผ่าตัดเสร็จแล้ว แพทย์จะปิดตาผู้ป่วยไว้จนกว่าฤทธิ์ของยาชาเฉพาะที่จะหมดไป

3. หลังการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด แพทย์จะอนุญาตให้เคลื่อนไหวได้ตามปกติ มีข้อที่ต้องระวังในสัปดาห์แรกคือ ห้ามกดที่บริเวณลูกตา ห้ามขยี้ตา และห้ามถูหน้า ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาหยอดตาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และลดอักเสบประมาณ 2 – 4 สัปดาห์ แพทย์จะตรวจตาหลังผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น และนัดมาตรวจอีกตามระยะจนกว่าจะปลอดภัย

การใช้สายตาหลังผ่าตัดไม่ได้เป็นข้อห้ามถ้าผู้ป่วยรู้สึกสบายดี หากจำเป็นต้องวัดสายตา ประกอบแว่นสำหรับอ่านหนังสือ ควรทำเมื่อแผลผ่าตัดหายสนิทแล้ว ระยะเวลาประมาณ 1-2 เดือน ขึ้นกับวิธีผ่าตัด และผู้ป่วยแต่ละราย

### ประวัติความเป็นมาของการผ่าตัดต่อกระจก

ประวัติของการผ่าตัดต่อกระจกมีมาหลายพันปี (Gorin, 1982) ในประเทศอินเดียประมาณ 3,000 ปีก่อน มีบันทึกการรักษาต่อกระจกโดยใช้เข็มแทงผ่านตาขาว เข้าไปเกี่ยวให้ต่อกระจกที่สุกแล้วตกลงไปในน้ำอุ่นลูกตา เรียกว่าวิธี “Couching” และมีการรักษาวิธีนี้ต่อเนื่องมาโดยตลอด

ผลแทรกซ้อนที่ร้ายแรงพบได้บ่อยๆ ซึ่งในสมัยดังกล่าวก็ยังไม่มียุทธวิธีให้แวนทดแทนเลนส์ตา เพื่อทำให้มองเห็นได้ตามปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องคงอยู่ในสภาวะไร้เลนส์ และสายตาไม่ดี ไปตลอดชีวิต ถึงแม้ว่าจะพอมองเห็นได้ดีกว่าก่อนรักษาโดยวิธีนี้บ้างก็ตาม

ประมาณกลางศตวรรษที่ 18 นายแพทย์ Daviel (Stark, 1987) ได้ริเริ่มวิธีการผ่าตัดต้อกระจก แบบเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้ (Extracapsular Cataract Extraction, ECCE) แต่ในระยษณัั้น เนื่องจากยังขาดเครื่องมือที่จะทำผ่าตัดได้สะดวก และไม่มีวิธีการจัดการกับเนื้อเลนส์ส่วนนอกที่คงเหลือ อยู่ภายในลูกตา ซึ่งจะทำให้ภายหลังผ่าตัดมีการอักเสบเป็นเวลานาน วิธีกรนี้จึงไม่เป็นที่นิยมมาก นักในเวลานั้น (Stark, 1987)

ในช่วงปลายศตวรรษที่ 18 นายแพทย์ Sharp (Stark, 1987) ได้ริเริ่มวิธีการผ่าตัดต้อกระจก แบบที่นำต้อกระจกออกมาทั้งก้อน คือตัวเลนส์พร้อมถุงหุ้มเลนส์ (Intracapsular Cataract Extraction, ICCE) และมีความนิยมเพราะทำผ่าตัดได้ง่ายขึ้น แต่ก็มักพบภาวะแทรกซ้อนจากถุงน้ำวุ้นตาแตก น้ำวุ้นตาติดที่ขอบแผล ซึ่งอาจทำให้เกิดจอประสาทตาหลุดลอก (Retinal Detachment) ในภายหลังได้

ในช่วงศตวรรษที่ 19 มีการพัฒนาการผ่าตัดต้อกระจก คือ เริ่มมีไหมเย็บแผลขนาดเล็ก สำหรับการผ่าตัดต้อกระจก ทำให้แผลผ่าตัดมีความแข็งแรงขึ้น และต่อมาก็มีการคิดค้นสาร อัลฟาไคยาโมทริปซิน (Alpha Chymotrypsin) เพื่อช่วยย่อยตัวยึดเลนส์ (Lens Zonules) และการคิดค้นการดึงต้อกระจกออกมาทั้งก้อนด้วยเครื่องจี้ความเย็น (Cryoextraction) จึงทำให้ การผ่าตัดต้อกระจกแบบเอาต้อกระจกออกมาทั้งก้อนทำได้ง่ายขึ้น จนเป็นที่นิยมมากกว่าแบบ เหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้ ตั้งแต่ช่วงต้น ศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา มีแพทย์หลายท่าน ได้แก่ Henry Smith, Eugene Kalt และ Ignacio Barraquer (Stark, 1987) ได้คิดค้นเทคนิคและประดิษฐ์เครื่องมือผ่าตัด ใหม่ๆ ที่ช่วยให้การผ่าตัดต้อกระจกทั้งสองวิธีสะดวกและปลอดภัยขึ้น และเมื่อมีการนำเอากล้อง ขยายกำลังสูงสำหรับการผ่าตัด (Operating Microscope) มาใช้ และมีการประดิษฐ์เครื่องมือดูดล้าง เศษเนื้อเลนส์ส่วนนอกที่ใช้งานได้ง่าย มีการคิดค้นสารน้ำใช้ล้างภายในลูกตาที่ปลอดภัยมากกว่าเดิม ก็ทำให้การผ่าตัดแบบเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้สามารถทำได้ง่ายขึ้น และกลับมาเป็นที่นิยมมากขึ้นอีกครั้ง เนื่องจากจะลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับถุงน้ำวุ้นตาแตกที่มักเกิดในการผ่าตัดแบบเอา ต้อกระจกออกมาทั้งก้อน



ข้อดีของการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Charlton, 1992) ได้แก่

1. จักษุแพทย์สามารถควบคุมความดันลูกตา และส่วนประกอบภายในลูกตาได้ตลอดการผ่าตัด ทำให้โอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงน้อยมาก เมื่อเทียบกับการผ่าตัดที่ไม่ใช้เครื่องสลายต้อกระจก คือ ทั้งวิธีเอาต้อกระจกออกทั้งก้อนและวิธีที่เหลือน้ำเลนส์ด้านหลังไว้ซึ่งต้องเปิดแผลกว้าง ในช่วงที่เปิดแผลเพื่อเอาต้อกระจกออกจากตา จะเป็นช่วงที่ไม่สามารถควบคุมความดันลูกตาได้เลย มีโอกาสที่ส่วนอื่นๆ นอกจากเลนส์แก้วตาจะทะลักตามออกมาด้วย
2. ผู้ป่วยจะมีสายตาที่ดีหลังผ่าตัดเร็วขึ้นกว่าวิธีอื่น เนื่องจากขนาดของแผลที่เล็กลงเพียง 3 มิลลิเมตร ทำให้ไม่ต้องเย็บแผล หรือเย็บเพียง 1 เข็ม การมองเห็นที่ดีหลังผ่าตัดจะเร็วกว่าวิธีอื่นที่ต้องเปิดแผลกว้างและต้องเย็บหลายเข็ม เนื่องจากโอกาสเกิดสายตาเอียงจากการเย็บแผลน้อยกว่า
3. ภายหลังจากการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สามารถกระทำผ่าตัดลูกตา หรือหัตถการอื่นๆ โดยเฉพาะการผ่าตัดจอประสาทตา ได้เร็วกว่าการผ่าตัดต้อกระจกแบบอื่นที่ไม่ใช้เครื่องสลายต้อกระจก เนื่องจากการผ่าตัดโดยใช้เครื่องสลายต้อกระจก จะมีแผลขนาดเล็กและแข็งแรงกว่าแผลผ่าตัดวิธีอื่นๆ ที่ขนาดกว้างกว่า

วิธีการผ่าตัดต้อกระจก (Charlton, 1992)

วิธีการผ่าตัดต้อกระจก แบ่งออกเป็นวิธีที่ทำผ่าตัดโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษ กับวิธีที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ (เครื่องสลายต้อกระจก) วิธีที่ทำผ่าตัดโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษแบ่งเป็น 2 วิธีย่อย คือ การผ่าตัดเอาต้อกระจกออกทั้งก้อน (Intracapsular Cataract Extraction) กับการผ่าตัดต้อกระจกแบบเหลือน้ำเลนส์ไว้ (Extracapsular Cataract Extraction) ส่วนวิธีที่ทำผ่าตัดโดยต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษ คือ การผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Phacoemulsification) รายละเอียดของแต่ละวิธี ได้แก่

1. การผ่าตัดเอาต้อกระจกออกทั้งก้อน (Intracapsular Cataract Extraction, ICCE) เป็นการเอาต้อกระจกออกทั้งน้ำเลนส์และตัวเลนส์พร้อมกัน จะต้องฉีดยาชาด้านหลังลูกตา เพื่อให้ลูกตาหมดความรู้สึกและไม่สามารถถลอกตาระหว่างผ่าตัดได้ (เนื่องจากหากมีการถลอกตาระหว่างที่เปิดแผลกว้างที่ขอบกระจกตาก็อาจทำให้อวัยวะภายในลูกตาทะลักออกมาได้ และ

ในขั้นตอนการเย็บปิดแผลที่ต้องการให้ลูกตาอยู่นิ่งที่สุด) แพทย์จะเปิดแผลที่เยื่อตาและขอบกระจกตาใกล้ตาขาวทางด้านบน ยาวประมาณ 12 มิลลิเมตร ยกแผลกระจกตาขึ้น นำตั้อกระจกออกทั้งก้อนด้วยซ็อนติกเลนส์ หรือเครื่องจี้ความเย็น ตัดตกแต่งน้ำวุ้นตาไม่ให้มาติดบริเวณขอบแผล และตัดช่องเล็กๆ ไว้ ระบายน้ำในลูกตาที่โคนม่านตา (Peripheral Iridectomy) เย็บปิดแผลที่ขอบตาดำ และเยื่อตา การผ่าตัดวิธีนี้มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ตั้อกระจกไม่มีตัวยืดเลนส์ (Zonule) เหลืออยู่เลย หรือเหลืออยู่น้อยมาก เช่น ในบางรายที่เป็นตั้อกระจกจากอุบัติเหตุ เนื่องจากการใส่เลนส์แก้วตาเทียมหลังผ่าตัดวิธีนี้ทำได้ยากหรืออาจทำไม่ได้เลย ส่วนใหญ่จะต้องใช้แว่นตาหรือเลนส์สัมผัสช่วยในการมองเห็น จึงเป็นสาเหตุที่ปัจจุบันจะผ่าตัดวิธีนี้กันเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น

2. การผ่าตัดตั้อกระจกแบบเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้ (Extracapsular Cataract Extraction, ECCE) เป็นการเอาตั้อกระจกออกเฉพาะเนื้อเลนส์เหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้ การฉีดยาและการเปิดแผลผ่าตัดทำเช่นเดียวกับวิธีแรก จากนั้นจะเปิดถุงหุ้มเลนส์ (Lens Capsule) ทางด้านหน้าเป็น วงกลมคล้ายเปิดฝากระป๋อง จากนั้นนำเอาเฉพาะเนื้อเลนส์ออกจากลูกตา ฉีดยาเนื้อเลนส์ที่หลงเหลืออยู่ออกให้มากที่สุด หากจะใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วย ก็จะใส่ลงไปในถุงหุ้มเลนส์ที่เหลืออยู่ จากนั้นจึงเย็บปิดแผลที่ขอบตาดำและเยื่อตา การผ่าตัดวิธีนี้ดีกว่าวิธีแรกที่สามารถใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากน้ำวุ้นลูกตา แต่ยังคงต้องเปิดแผลที่ขอบตาดำด้านบน ขนาดแผลกว้างและต้องเย็บแผลเช่นเดียวกัน วิธีนี้เป็นที่นิยมในกรณีที่ไม่มีเครื่องสลایตั้อกระจกเหมาะสำหรับการผ่าตัดตั้อกระจกในประเทศกำลังพัฒนา และสามารถผ่าตัดตั้อกระจกที่แข็งมากๆ ได้

3. การผ่าตัดสลایตั้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Phacoemulsification) เป็นการผ่าตัดตั้อกระจกแบบเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้ แต่ต้องใช้เครื่องสลایตั้อกระจกร่วมด้วย สามารถใช้ยาชาหยอดตา หรือฉีดยาชาด้านหลังลูกตาได้ ไม่จำเป็นต้องให้ลูกตาอยู่นิ่งสนิท แพทย์จะเจาะช่องขนาด 2.5 ถึง 3 มิลลิเมตรที่ขอบตาดำ โดยสามารถเลือกตำแหน่งของแผลผ่าตัดบริเวณใดๆ ก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นเฉพาะด้านบนแบบสองวิธีแรก สอดเครื่องมือเข้าไปเจาะถุงหุ้มเลนส์เป็นวงกลมกว้างประมาณ 5 มิลลิเมตร สอดเข็มพิเศษที่ใช้ส่งผ่านคลื่นเสียงความถี่สูงเข้าไปที่ตัวเนื้อเลนส์ ทำให้ตั้อกระจกอ่อนตัวลง และถูกดูดออกมาจากลูกตาได้ ฉีดยาเนื้อเลนส์ทั้งหมด แล้วสอดเลนส์แก้วตาเทียมที่พับได้ผ่านแผลผ่าตัดเดิม เลนส์แก้วตาเทียมจะกางออกในถุงหุ้มเลนส์ วิธีนี้ไม่จำเป็นต้องเย็บปิดแผล การผ่าตัดสลایตั้อกระจกมีข้อดีกว่าวิธีอื่นดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว คือ ความปลอดภัยที่ควบคุมความดันลูกตาได้ตลอดเวลา การมองเห็นได้ดีหลังผ่าตัดใช้เวลาสั้นกว่า และแผลผ่าตัดขนาดเล็กที่มีความแข็งแรงและมีผลทำให้เกิดสายตาสั้นน้อย และแพทย์สามารถเลือกแกนของ

ตำแหน่งแผลผ่าตัดที่ใดก็ได้ ซึ่งจะใช้ประโยชน์ในการลดค่าสายตาเอียงที่มีก่อนผ่าตัดลงได้ด้วย แต่ข้อเสียก็มีเช่นเดียวกันคือ มีค่าใช้จ่ายของเครื่องสลายต้อกระจกที่มีราคาตั้งแต่ 1 ถึง 3 ล้านบาท และเทคนิคการผ่าตัดยากกว่า ต้องมีการฝึกฝนสูง

### เลนส์แก้วตาเทียม (Intraocular Lens)

เลนส์แก้วตาเทียมเป็นเลนส์ที่สร้างขึ้นเพื่อทดแทนเลนส์ธรรมชาติ เริ่มมีการใส่เลนส์แก้วตาเทียม หลังจากเอาเลนส์ธรรมชาติที่เป็นต้อกระจกออกแล้ว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1949 โดยจักษุแพทย์ Harold Ridley ชาวอังกฤษ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาเลนส์แก้วตาเทียมมาตั้งแต่นั้น ในยุคต้นๆ ของการใส่เลนส์แก้วตาเทียม พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ที่พบบ่อยได้แก่ เลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน ต้อหิน ม่านตาอักเสบเรื้อรัง กระจกตาเสื่อม มีอัตราของการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาเทียมออกสูง จักษุแพทย์ในระบายนั้นจึงไม่ให้การยอมรับการใส่เลนส์แก้วตาเทียมมากนัก จนกระทั่ง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เป็นต้นมาที่มีการพัฒนาของเลนส์แก้วตาเทียมเป็นแบบใส่ด้านหลังม่านตา (Posterior Chamber) และส่วนของเลนส์ก็เป็นวัสดุที่นุ่มไม่มีการหดเนื้อเยื่อ และไม่มีการเคลื่อนที่ในภายหลัง ทำให้การผ่าตัดต้อกระจกแบบเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้และใส่เลนส์แก้วตาเทียมทำได้อย่างปลอดภัย ได้รับความนิยมาจากจักษุแพทย์ และผู้ป่วย เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมามองเห็นได้ใกล้เคียงกับปกติ ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก (Charlton, 1992)

เลนส์แก้วตาเทียมในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. เลนส์แก้วตาเทียมแบบแข็ง ทำจากสารโพลีเมธิลเมธาอะครายเลท (Poly-Methyl-Metha-Acrylate, PMMA.) ซึ่งเป็นของแข็ง ไม่เกิดปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อของลูกตา เลนส์แก้วตาเทียมแบบแข็งจะมีส่วนที่เป็นเลนส์ มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 5.5 ถึง 7 มิลลิเมตร และมีส่วนขาเลนส์สองขาไว้ยึดกับถุงหุ้มเลนส์ เลนส์ชนิดนี้มีราคาประมาณ 1 พันบาทขึ้นไป จนถึงประมาณ 4 พันบาท
2. เลนส์แก้วตาเทียมแบบนิ่มพับได้ ทำจากสารซิลิโคน (Silicone) หรือ อะครีลิก (Acrylic) ซึ่งมีลักษณะนิ่ม สามารถพับหรือม้วนได้ ไม่มีปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อของลูกตาเช่นเดียวกัน รูปร่างจะเหมือนกับชนิดแรก แต่เมื่อพับหรือม้วนเลนส์แล้วจะสามารถสอดผ่านช่องขนาด 3 มิลลิเมตรได้ แต่ราคาเลนส์ชนิดพับได้จะมีราคาแพงกว่า คือประมาณ 6 พันบาทขึ้นไป

อย่างไรก็ตาม เลนส์แก้วตาเทียมยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เลนส์แก้วตาเทียมในอนาคต จะมีกำลังขยายมากกว่าหนึ่งค่าในเลนส์เดียว ทำให้สามารถมองได้ชัดหลายๆ ระยะ สามารถอ่านหนังสือโดยไม่ต้องใช้แว่นตาช่วย และจะสามารถสอดหรือฉีดเข้าลูกตาผ่านแผลขนาดเล็กลง ผลการผ่าตัดต่อกระจก

การผ่าตัดต่อกระจกถือเป็นการผ่าตัดที่มีอัตราความสำเร็จสูง ผลสำเร็จคือมีค่าสายตาคที่ดีขึ้น และผู้ป่วยสามารถใช้สายตาในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีกว่าเดิม ค่าสายตาคที่ดีที่สุดหลังแก้ไขด้วยแว่น ในตาที่ไม่มีโรคร่วม หลังผ่าตัดต่อกระจก จะดีกว่า 20 / 40 มากกว่าร้อยละ 90 แต่หากเป็นตาต่างๆ ไป ไม่ได้ยกเว้นโรคร่วม ค่าสายตาคที่ดีกว่า 20 / 40 มีรายงานตั้งแต่ ร้อยละ 85 ถึง 89 ค่าสายตาคเอียงซึ่งเกิดขึ้นจากการเย็บแผลผ่าตัด หากเกิดขึ้นมากจะทำให้ค่าสายตาคเมื่อมองด้วยตาเปล่าไม่ดี จำเป็นต้องใช้แว่นสายตาช่วยในการมองเห็น บางรายอาจต้องใช้การตัดไหมเพื่อลดค่าสายตาคเอียงด้วย ผลสำเร็จของการผ่าตัดอีกประการหนึ่งคือ ให้มีค่าสายตาคเอียงภายหลังผ่าตัดน้อยที่สุด (American Academy of Ophthalmology, 1996, 1997)

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัดต่อกระจก ทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การขับขี่ยานพาหนะ สุขภาพจิตที่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและต้องการผ่าตัดตาอีกข้างในเวลาต่อมา

#### ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระจก

เช่นเดียวกับการผ่าตัดอื่นๆ ทั่วไป การผ่าตัดต่อกระจกอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้เช่นกัน การปฏิบัติของผู้ป่วยและการตรวจภายหลังผ่าตัดจึงจำเป็นมากในการป้องกันและการรักษาแต่เนิ่นๆ ของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ (American Academy of Ophthalmology, 1996, 1997)

1. ช่องน้ำม่านตาดื้น (Shallow or flat anterior chamber) ช่องน้ำม่านตาคที่ตื้นกว่าปกติ จะสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่หลังผ่าตัดวันแรก เกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ แผลผ่าตัดแยกหรือรั่ว ทำให้ช่องน้ำม่านตาคไม่สามารถคงรูปได้ สาเหตุอื่นที่เกิดขึ้นได้ในกรณีที่แผลผ่าตัดปกติ ได้แก่ การลอกตัวของคลอรอยด์ (Chloroidal detachment) เลือดออกใต้คลอรอยด์ (Suprachoroidal hemorrhage) ภาวะการปิดของม่านตาค (Pupillary block) ภาวะการปิดของซิลิอารี (Ciliary block)

การตรวจหาสาเหตุต้องอาศัยการตรวจแผลผ่าตัดและช่องหน้าลูกตาด้วยกล้องตรวจตา การวัดความดันลูกตา การตรวจดูจอประสาทตา และให้การรักษาตามสาเหตุ

2. กระจกตาบวม (Corneal Edema) กระจกตาชั้นผิวนอกบวม อาจพบได้ทันทีหลังผ่าตัดหรือในวันรุ่งขึ้น จะพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทำงานของเซลล์ด้านหลังกระจกตา (corneal endothelium) ซึ่งมีหน้าที่ดึงน้ำออกจากกระจกตา การผ่าตัดตาอาจมีผลต่อการทำงานของเซลล์ด้านหลังกระจกตาได้ จากสาเหตุ การกระทบกระเทือนโดยตรง (mechanical trauma) โดยเฉพาะหากเกิดจากการใช้พลังงานคลื่นเสียงความถี่สูงอย่างยาวนาน การใช้สารน้ำชะล้างภายในลูกตานานมาก การอักเสบหลังผ่าตัด ภาวะความดันตาขึ้นสูง การถูกความร้อนที่ปลายหัวคลื่นเสียงความถี่สูง การวางตำแหน่งของปลายหัวคลื่นเสียงความถี่สูงชิดกับกระจกตามากเกินไป การลอกตัวของชั้นเดสเมท (Detachment of Descemet's Membrane) การเกิดพิษต่อกระจกตาจากสารที่ใช้ในการผ่าตัด

กระจกตาบวมจะทำให้แสงผ่านไปภายในลูกตาไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการตามัว การรักษากระจกตาบวม จะใช้ยาหยอดตาลดการอักเสบและการบวม การพยากรณ์โรคขึ้นกับสาเหตุ แต่ส่วนมากมักหายไปเนื่องจากส่วนใหญ่สาเหตุจะไม่รุนแรงมาก กรณีที่กระจกตาบวมนานเกิน 3 เดือน อาจต้องพิจารณาการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Penetrating Keratoplasty) เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ดีขึ้น

3. เลือดออก (Hemorrhage) อาจเกิดเลือดออกในลูกตาได้ทั้งส่วนหน้า และส่วนหลัง ที่พบบ่อยจะเป็นเลือดออกที่ช่องหน้าของลูกตา (Hyphema) ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ม่านตา หรือที่ขอบตาดำ เลือดที่ออกมักจะหยุดเองได้ แต่ต้องระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นที่จะเกิดตามมา เช่น ความดันลูกตาขึ้นสูง และกระจกตาฝ้าขุ่น เลือดออกในช่องหน้าลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกในสมัยที่ใช้การผ่าตัดแบบแผลกว้าง เกิดขึ้นได้บ่อย และทำให้มีข้อปฏิบัติหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ หลายวัน แต่การผ่าตัดต่อกระจกในปัจจุบันพบภาวะเลือดออกน้อยลง การจำกัดกิจกรรมต่างๆ จึงน้อยลง และก่อนการผ่าตัดต่อกระจกควรให้ผู้ป่วยหยุดยาที่ต้านการทำงานของเกร็ดเลือด เช่น ยาแอสไพริน ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดอาจได้รับอยู่ ควรหยุดยามาก่อนผ่าตัด 7 วัน หากกลุ่มนี้จะทำให้เลือดที่ออกหยุดยากขึ้น จากการใช้เกร็ดเลือดถูกกดการทำงานไว้

4. ความดันลูกตาสอง (Elevated Intraocular Pressure) ภาวะความดันลูกตาสองหลังผ่าตัด ต้อกระจกพบได้บ่อย และส่วนใหญ่มีค่าสูงขึ้นไม่มาก เกิดขึ้นชั่วคราวไม่นานนัก สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากมีการตกร้างของของเหลวที่มีความหนืดสูง (Viscoelastic material) ซึ่งใช้ฉีดเข้าตา ระหว่างการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดปลอดภัย เมื่อผ่าตัดเสร็จแล้วจะดูดล้างออกจากลูกตา แต่หากมีการตกร้างอยู่ในลูกตา สารที่มีความหนืดจะไปอุดช่องตะแกรงระบายน้ำ (Trabecular Meshwork) ซึ่งอยู่บริเวณโคนม่านตา ทำให้น้ำภายในลูกตาระบายออกไม่ได้สะดวก เกิดภาวะความดันลูกตาสอง หากความดันตาไม่สูงมาก จะรอให้ภาวะนี้หายไปเองในระยะเวลา 2 ถึง 3 วัน แต่หากความดันตาสองมากก็จะใช้ยาลดความดันลูกตาพร้อมด้วยจนภาวะนี้หายไปเอง

ความดันลูกตาสองจากสาเหตุอื่นๆ จะพบได้น้อยกว่า แต่การรักษาแม้มีความยุ่งยากมากกว่า ได้แก่ ต้อหินแบบมีการปิดรูม่านตา (Pupillary block) หรือการปิดซิลิอารี่ (Ciliary block) การค้างของเลนส์ในลูกตา (Retained lens material) การกระจายตัวของเซลล์เม็ดสีของม่านตา การเกิดการอักเสบของลูกตามากๆ โรคต้อหินที่มีอยู่เดิม และความดันตาสองจากการใช้ยาสเตียรอยด์ การรักษาความดันตาสองจากสาเหตุอื่นๆ เหล่านี้จะใช้ยาลดความดันลูกตา ร่วมกับการรักษาเฉพาะตามแต่ละสาเหตุ

5. จอประสาทตาได้รับอันตรายจากแสงไฟ (Retinal light toxicity) ในการผ่าตัดต้อกระจกแพทย์จะต้องใช้กล้องขยายสำหรับการผ่าตัด ซึ่งจะมีไฟของกล้องส่องเข้าไปในบริเวณที่ผ่าตัดด้วย หากมีแสงไฟของกล้องผ่าตัดส่องไปถูกบริเวณจอประสาทตาเป็นเวลานานๆ จะเกิดการไหม้ (Burn) ของจอประสาทตาได้ หากเกิดบริเวณจุดโฟเวีย (Fovea) จะทำให้มีอาการตามัวลงมากได้ การป้องกันการเกิดภาวะนี้สำคัญมาก ได้แก่ ใช้แสงไฟให้สว่างน้อยที่สุดเท่าที่จะสามารถมองเห็น ระหว่างผ่าตัดได้ และผ่าตัดให้เสร็จอย่างรวดเร็ว การใช้แผ่นกรองแสงช่วงความยาวคลื่นน้อยกว่า 515 นาโนเมตรออกไป การส่องไฟเฉียงๆ ไม่ให้ถูกจุดโฟเวีย เป็นต้น

6. จอประสาทตาบวม (Cystoid Macular Edema) ภาวะจอประสาทตาบวมชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยตามัวลงมาก จะตรวจพบว่ามีอาการบวมของประสาทตาแบบเฉพาะ และการฉีดสี (FFA, Fundus Fluorescein Angiography) เพื่อการตรวจยืนยันก็จะมีลักษณะเฉพาะด้วย สาเหตุของภาวะนี้ยังไม่ทราบอย่างชัดเจน สถิติการเกิดภาวะนี้ในการผ่าตัดต้อกระจกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัดมีรายงานประมาณร้อยละ 1 แต่หากมีการเกิดถุงหุ้มเลนส์ด้านหลังแตกจะมีโอกาสเกิดขึ้นร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 10 การรักษาภาวะนี้ทำโดยการให้ยาลดการอักเสบ และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา ในกรณีที่ใช้ยาไม่ได้ผล

7. จอประสาทตาลอก (Retinal Detachment) การเกิดจอประสาทตาลอกหลังการผ่าตัด ต้อกระจกแบบเอาตั้อออกมาทั้งก้อน เกิดได้ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 3 แต่โอกาสเกิดจอประสาทตาลอก จะลดลงเหลือร้อยละ 0.5 ถึงร้อยละ 2 หากเป็นการผ่าตัดต้อกระจกแบบเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดจอประสาทตาลอกหลังผ่าตัดต้อกระจกได้แก่ เคยมีสายตาสั้นมาก หรือความยาวลูกตาวางกว่าปกติตั้งแต่ 25 มิลลิเมตรขึ้นไป มีการเสื่อมของจอประสาทตาบริเวณ ขอบนอก มีประวัติจอประสาทตาลอกของญาติในครอบครัว หรือเคยมีจอประสาทตาลอกในตาอีกข้างหนึ่งมาก่อน การตรวจจอประสาทตาอย่างละเอียดก่อนผ่าตัดจึงมีความจำเป็นมาก และหากพบ รั้วลักษณะของจอประสาทตาก็ควรรักษาโดยจี้ความเยื่อ หรือฉายเลเซอร์ปิดรั้วลักษณะเสียก่อน

8. การติดเชื้อของลูกตา (Endophthalmitis) การติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียสายตา และลูกตาอย่างมาก หากมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตา แดงจัด ตามัวลงมาก มีหนองภายในลูกตา มักเกิดหลังผ่าตัดประมาณ 2 ถึง 5 วัน และอาการ จะเลวลงอย่างรวดเร็ว การวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อและเริ่มให้การรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยลด การสูญเสียสายตาได้ ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน ร่วมด้วย มีการอักเสบของเปลือกตาก่อนผ่าตัด มีท่อน้ำตาอุดตันและอักเสบก่อนผ่าตัด มีการเกิด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด และการผ่าตัดที่ยาวนานมากกว่าปกติ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและ ญาติถึงโอกาสเกิดการติดเชื้อ และรีบมาพบแพทย์ทันทีหากมีอาการปวดตา หรือมีขี้ตามากหลัง ผ่าตัดจะช่วยให้อาการพบภาวะแทรกซ้อนนี้ได้อย่างรวดเร็ว

การรักษา จะต้องเพาะเชื้อหาสาเหตุก่อน แล้วรีบให้ยาปฏิชีวนะรักษาตามเชื้อที่น่าจะ เป็นสาเหตุการผ่าตัดนำวุ้นตาในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ การให้ยาลดการอักเสบในช่วงเวลาที่เหมาะสม

9. ม่านตาอักเสบ (Uveitis) เป็นการอักเสบบริเวณช่องหน้าของลูกตาที่ไม่ได้เกิดจาก การติดเชื้อ มักพบม่านตาอักเสบเล็กน้อยหลังการผ่าตัดต้อกระจกต่างๆ ไป แม้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยมักไม่มีอาการปวดตา การมองเห็นไม่ลดลง การตรวจตาด้วยกล้องขยาย จะพบเซลล์เม็ดเลือดขาวลอยอยู่ในช่องหน้าลูกตาเล็กน้อยโดยไม่มีการตกตะกอนเป็นหนอง ภาวะนี้ เกิดจากหลอดเลือดเล็กๆ ที่ม่านตามีการรั่วมากกว่าในภาวะปกติ และจะหายไปได้เอง ยาหยอดตา ลดการอักเสบขนาดที่ใช้หลังผ่าตัดตามปกติจะเพียงพอสำหรับการควบคุมการอักเสบ

10. เศษเลนส์ตกค้างในลูกตา (Retained Lens Material) หากล้างเนื้อเลนส์ออกไม่หมด และมีเศษเลนส์ชิ้นใหญ่ หรือมีจำนวนมากตกค้างอยู่ในลูกตา จะกระตุ้นให้เกิดการอักเสบแบบ การกระตุ้นภูมิแพ้ได้ และบางครั้งอาจแยกออกจากการติดเชื้อได้ยาก การป้องกันโดยการผ่าตัด อย่างประณีตจะลดโอกาสเกิดภาวะนี้ หากเกิดขึ้นแบบไม่รุนแรงและปริมาณเนื้อเลนส์ที่ตกค้าง ไม่มาก ก็จะรักษาโดยให้ยาลดการอักเสบ และรอให้เนื้อเลนส์ย่อยสลายและดูดซึมหายไปเอง แต่หากการอักเสบรุนแรง หรือปริมาณเนื้อเลนส์มาก ก็ต้องผ่าตัดล้างภายในลูกตาเอาเนื้อเลนส์ ที่ตกค้างออก

11. สายตาเอียงจากการเย็บแผล (Suture – induced Astigmatism) การผ่าตัดต่อกระจก แบบที่ต้องเย็บแผลที่ขอบกระจกตา หากการเย็บแผลตึงมาก จะทำให้กระจกตาในแนวองศาของ การเย็บตึงมีความโค้งมากขึ้น เกิดเป็นสายตาเอียงแบบเลนส์บวกลงในแกนนั้น แต่หากเย็บแผลหย่อน (ซึ่งมักไม่เกิดขึ้นเนื่องจากแผลจะไม่แน่นสนิท) ก็จะทำให้กระจกตาในแนวองศานั้นแบนราบลง เกิดเป็นสายตาเอียงแบบเลนส์ลบในแกนนั้น การที่มีสายตาเอียงมาก จะทำให้ผู้ป่วยมองไม่ชัด และ อาจจำเป็นต้องตัดไหมบางเส้นเพื่อแก้ค่าสายตาเอียงด้วย ซึ่งการตัดไหมก็ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดแผลผ่าตัดแยก และการอักเสบติดเชื้อภายในลูกตาดูด้วย การผ่าตัดแบบแผลเล็กซึ่งไม่ต้องเย็บ แผลผ่าตัด มักทำให้กระจกตาในแนวองศาของแผลผ่าตัดแบนราบลงเล็กน้อย ซึ่งสามารถใช้ผลนี้ ในการเลือกแกนองศาของแผลผ่าตัดเพื่อลดสายตาเอียงเดิมที่ผู้ป่วยมีอยู่ได้ด้วย

12. ภาวะแทรกซ้อนของเลนส์แก้วตาเทียม (Complication of IOL) ได้แก่ เลนส์แก้วตา เทียมเคลื่อน (Decentration and Dislocation) กลุ่มอาการม่านตาอักเสบ ต้อหิน และเลือดออก ในช่องหน้าลูกตา (Uveitis – Glaucoma – Hyphema Syndrome) กระจกตาบวมเรื้อรังที่เกิดจาก เลนส์แก้วตาเทียม (Corneal Edema and Pseudophakic Bullous Keratopathy) การใส่เลนส์ แก้วตาเทียมผิดกำลัง (Wrong power IOL)

เลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน มักเกิดจากการใส่เลนส์แก้วตาเทียมไม่ถูกตำแหน่ง คือ ขาของ เลนส์ทั้งหมดไม่อยู่ในถุงหุ้มเลนส์ หรือมีการสูญเสียสายยึดถุงหุ้มเลนส์ (Lens Zonule) ไป หากเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อนไปมาก จะทำให้การรวมแสงของเลนส์ไม่ตรงจุดกึ่งกลางจอประสาทตา ผู้ป่วยจะมีตามัว และจำเป็นต้องผ่าตัดจัดวางตำแหน่งของเลนส์แก้วตาเทียมใหม่

กลุ่มอาการม่านตาอักเสบ ต้อหิน และเลือดออกในช่องหน้าลูกตา เป็นภาวะที่เกิดจากขาลเลนส์แก้วตาเทียมที่ไม่อยู่ในถุงหุ้มเลนส์ แต่ไปวางอยู่บนช่องซิลิอารี (Ciliary sulcus) และไปกดทำให้เกิดบาดแผลต่อหลอดเลือดขึ้น ทำให้มีเลือดออกในช่องหน้าลูกตาและกระตุ้นให้เกิดม่านตาอักเสบและความดันตาสูงขึ้น หากการรักษาด้วยยาลดอักเสบและยาลดความดันลูกตาไม่ได้ผล หรือมีอาการเรื้อรัง ก็จะต้องทำผ่าตัดวางตำแหน่งของเลนส์แก้วตาเทียมใหม่ ภาวะนี้พบได้ไม่บ่อยในปัจจุบัน

กระจกตาบวมเรื้อรังที่เกิดจากเลนส์แก้วตาเทียม มักเกิดจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทำงานของเซลล์ด้านหลังกระจกตาอยู่แล้ว หรือจากเลนส์แก้วตาเทียมชนิดที่วางอยู่ในช่องหน้าม่านตา ซึ่งปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมใช้กันแล้ว กระจกตาบวมจะทำให้ผู้ป่วยตามัวลง และมีอาการเคืองตาเรื้อรัง หากการรักษาตามอาการไม่ได้ผลก็ต้องผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาเทียมออก และอาจเปลี่ยนเป็นเลนส์แก้วตาเทียมที่ปลอดภัยมากกว่า บางครั้งอาจต้องผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาไปด้วย

การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมผิดกำลังขยาย เกิดจากการวัดเลนส์แก้วตาเทียมผิดพลาด หรือการคำนวณค่าโดยสูตรผิดพลาด ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ไม่มากนัก โดยข้อจำกัดของเครื่องมือวัดเลนส์ หากค่าผิดไปมากก็จะทำให้ผู้ป่วยมองไม่ชัด (กลายเป็นสายตาสั้นมาก หรือสายตายาวมาก) และอาจต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมใหม่ หากผู้ป่วยไม่สามารถใช้แว่นตาแก้ไขสายตาได้

#### การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

การเตรียมตัวเพื่อมาทำผ่าตัดต่อกระจก (กองจักษุกรรม, 2547)

- ดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรง ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ, เบาหวาน, ความดัน, หอบหืด, วัณโรค, โรคเลือด หรือโรคอื่นๆ ให้ปรึกษาแพทย์ก่อน ผู้ที่รับประทานยาแอสไพริน หรือยาลดลิ่มเลือดอื่นๆ เป็นประจำ ควรปรึกษาแพทย์ผู้สั่งยา เพื่อขออนุญาตหยุดยาก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 7 วัน หากมียาชนิดอื่นที่รับประทานเป็นประจำ หรือเคยมีอาการแพ้ยาใดๆ กรุณาแจ้งให้แพทย์ทราบ

- ถ้ามียาหยอดตาที่แพทย์สั่ง เช่น ยาต้อหิน หรือยาปฏิชีวนะ ให้หยอดตามแพทย์สั่งได้ตามปกติ

- ก่อนถึงวันนัดผ่าตัด ถ้ามีอาการผิดปกติของดวงตา เช่น ตาแดง อักเสบ ควรมาพบแพทย์ก่อน เพื่อการรักษา

#### การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

- อาบน้ำ สระผม โกนหนวดเครา ให้สะอาดก่อนวันผ่าตัดวันผ่าตัด อาบน้ำและล้างหน้าในตอนเช้า

- อาหารเช้า ควรรับประทานอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม, โจ๊ก หรือดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว  
ไม่ควรรับประทานอาหารมากเกินไป เพราะอาจจุกแน่นท้องได้

- รับประทานยาโรคประจำตัวเดิม หรือหยุดยาที่แพทย์สั่งได้ตามปกติ ยกเว้นยาที่แพทย์สั่งให้หยุด

- ไม่ควรแต่งหน้า ทาขอบตา หรือทาเล็บมาในวันผ่าตัด

- ต้องมีญาติ หรือเพื่อนมาด้วยอย่างน้อย 1 คน

- ในรายที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ต้องทำหลักฐานการเบิกมาให้เรียบร้อยขณะทำผ่าตัด

- การผ่าตัดคือกระจกโดยทั่วไป ใช้ฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณรอบตาที่จะทำผ่าตัด หรือหยุดยชา

- ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา

- เจ้าหน้าที่จะพันข้อมือทั้งสองข้างไว้ เพื่อป้องกันผู้ป่วยผลอยกมือขึ้นมาในบริเวณที่ทำผ่าตัด

- การผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องนอนราบไม่หนุนหมอน โดยทั่วไปใช้เวลาในการทำผ่าตัด ประมาณ 30 – 60 นาที

- ห้ามผู้ป่วยสายสิริระยะไปมา ห้ามขยับตัว หรือแขนขา เพราะจะทำให้บริเวณที่ทำผ่าตัด ผ่าตัดไม่ได้ ถ้ามีอาการเมื่อยมาก กรุณาแจ้งให้แพทย์ทราบ

- ห้ามไอ หรือจามเด็ดขาด ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้บอกกับแพทย์ก่อนและใช้วิธีกระแอมเบาๆ แทนการไอ

#### **การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม**

- วันที่ผ่าตัด ลูกเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารได้ ควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย ไม่แข็ง ไม่เหนียวเกินไป

- เมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สัปดาห์แรกควรพักผ่อนให้มากๆ ห้ามนอนคว่ำหน้า ห้ามก้มหน้ากราบพระ หรือก้มเก็บของ

- หลีกเลี่ยงการถูกระแทกกระแทกบริเวณตา เช่น เดินชนของตู้/เตียง ลื่นหกล้ม

- ห้ามยกของหนักเกิน 5 กก.

- อาบน้ำโดยใช้ฝักบัว หรือตักอาบได้โดยไม่ให้น้ำเข้าตา

- หลีกเลี่ยงภาวะที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น ทำสวน รดน้ำ พรวนดิน ทำความสะอาดบ้าน จ่ายตลาด ปรุงอาหารที่มีไอหรือควัน เล่นกับสัตว์เลี้ยง เลี้ยงเด็กเล็ก

- ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดหน้า ไม่ล้างหน้าอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หรือตามคำแนะนำของแพทย์ บริเวณรอบดวงตาให้ใช้สำลีสะอาดชุบน้ำเกลือเช็ด

- การสระผม ควรนอนสระ เพื่อไม่ให้น้ำเข้าตา

- เมื่ออยู่ในบ้าน อาจใส่แว่นตาที่มีอยู่ โดยล้างทำความสะอาดแว่นก่อน เมื่อออกนอกบ้าน ควรใส่แว่นกันแดด

- ครอบฝากรอบตาที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ก่อนเข้านอน เพื่อป้องกันอันตรายจากการกดตาขณะหลับ

- อ่านหนังสือ คู่มือที่สนิได้ และควรหยุดพักเมื่อรู้สึกแสบตา ออกกำลังกายเบาๆ ที่ไม่กระทบกระเทือนบริเวณตาได้

- ไม่ควรขับรถ หรือเดินทางไกลเกินทุกคันดาร

- ปฏิบัติตัวดังกล่าวเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หรือตามคำแนะนำของแพทย์ หยอดยา และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

- งดกิจกรรมทางเพศ อย่างน้อย 2 สัปดาห์

- มาตรวจตาตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง

อาการทั่วไปหลังผ่าตัด

- ส่วนใหญ่ไม่มีขี้ตา อาจมีอาการปวดตาหรือน้ำตาไหลเล็กน้อย การมองเห็น ถ้าไม่มีโรคตาอื่นๆ ร่วมด้วย จะมองเห็นชัดขึ้น สีสดขึ้นกว่าเดิม แต่การอ่านหนังสือยังไม่ชัด ซึ่งแพทย์จะสั่งตัดแว่นอ่านหนังสือ เมื่อถึงเวลาสมควร (ประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด)

อาการที่ต้องปรึกษาแพทย์โดยด่วน (ไม่ต้องรอถึงวันแพทย์นัด) ได้แก่

- ปวดตา เคืองตามากขึ้น ตาแดง ตาบวมมากขึ้น หรือสังเกตพบมีเลือดออกในตาขี้ตา สีเหลือง หรือเขียว หรือมีมากผิดปกติ ตามัวลง โคนกระแทกบริเวณตาข้างที่ผ่าตัด เมื่อมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ไอรุนแรง

### วิธีการหยอดตา/ป้ายยา

- ล้างมือให้สะอาดก่อนหยอดตา/ป้ายยาทุกครั้ง
- ตรวจสอบยาหยอดตา/ป้ายตาให้ถูกต้อง ว่าตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งให้ทุกครั้ง
- ผู้ป่วยนั่งแหงนหน้า หรือนอน
- ใช้นิ้วมือซ้ายดึงหนังตาล่าง ให้เห็นกระพุ้งตาล่าง มือขวาหยิบขวดยา เปิดฝาออก และหยอดลงกระพุ้งตาล่าง 1-2 หยด หลับตาลง แล้วใช้สำลีสะอาดซับยาส่วนที่ล้นออกนอกตา
- ถ้าหยอดยามากกว่า 1 ขนาน ให้หยอดห่างกัน 5-10 นาที

### วิธีการเช็ดตา

- ล้างมือให้สะอาด และเช็ดให้แห้งก่อนทุกครั้ง
- ใช้สำลีสะอาดที่โรงพยาบาลให้ไป ชุบน้ำเกลือจากขวดประมาณ 2-3 ก้อน บิดให้หมาดๆ ก้อนแรก เช็ดที่ตาบริเวณหัวตา ข้างที่ทำผ่าตัด โดยเช็ดปาดออกทางตั้งจมูก แล้วทิ้งก้อนที่ 2 เช็ดขอบตาบน ให้ผู้ป่วยมองลงล่าง เช็ดจากหัวตาไปหางตาแล้วทิ้ง (ห้ามเช็ดกลับไปกลับมา) ก้อนสุดท้าย เช็ดขอบตาล่าง ให้ผู้ป่วยมองขึ้นบน แล้วเช็ดจากหัวตาไปหางตา

### แนวคิดทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

#### แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง

พฤติกรรม (Behavior) (ประภาเพ็ญ และ สวิง, 2536) หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของบุคคลจึงหมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่างๆ ทุกประเภทที่บุคคลกระทำ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดและบอกได้ว่า ดีหรือไม่ดี เช่น ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ เป็นต้น โดยพฤติกรรมของบุคคลมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม และอิทธิพลความคาดหวังของบุคคลอื่น สภาพการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

ธนวรรณ (2544) กล่าวว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การแสดงออกของสิ่งมีชีวิต ในลักษณะต่างๆ ตามสถานการณ์ สภาวะแวดล้อม และสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าแล้วแต่กรณี สำหรับ พฤติกรรมของคน จำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ แต่มีความพร้อมที่จะแสดงออกมาให้ปรากฏได้ เช่น สัญชาตญาณ ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และเจตคติ ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล
2. พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาให้มองเห็น หรือสังเกตได้ เช่น การกระทำ การปฏิบัติ การไม่กระทำ การไม่ปฏิบัติ รวมทั้งการพูด การเขียน ที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติ และที่ทำในเรื่องหนึ่งเรื่องใด

ชัยยง อ่างใน รุ่งอรุณ (2544) อธิบายพฤติกรรมว่า เป็นการกระทำ หรือ กิจกรรมทางกาย ทางวาจา ทางใจที่มนุษย์แสดงออกมา และสามารถสังเกตหรือวัดได้ การกระทำหรือกิจกรรมของคน มีรูปแบบต่างๆ กัน บางอย่างเราสามารถเห็นได้ด้วยตา หรือได้ยินด้วยหู บางอย่างเป็นความรู้สึก ภายในจิตใจที่ไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ หรือตัวชี้วัด และมีกิจกรรม หลายอย่างที่คนแสดงออกมาทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

โยธิน อ่างใน รุ่งอรุณ (2544) ให้นิยามกว้างๆ ว่าพฤติกรรมเป็นการกระทำทั้งหมด ที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ และยังรวมถึงกระบวนการทางจิต เช่น การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก

จากความหมายที่นักวิชาการได้ให้ไว้ พอสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือ การปฏิบัติที่บุคคลผู้นั้นแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งการตอบสนองนั้น สังเกตได้หรือเห็นได้ หรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้ และการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ ปัจจัยด้วยกัน

## แนวความคิดเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรม

ทฤษฎีและวิธีทางพฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษาขึ้นมาหลายทฤษฎี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (ทิพวรรณ, 2552)

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra - individual causality assumption) รากฐานแนวความคิดนี้ มาจากสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น จากแนวความเชื่อดังกล่าว นักพฤติกรรมศาสตร์ จึงสนใจศึกษาและสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเจตคติ และการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีค่านิยม วิธีการศึกษาก็จะยึดทฤษฎีดังกล่าวเป็นหลัก โดยเน้นการให้ความรู้ การเปลี่ยนเจตคติ การสร้างแรงจูงใจ การสร้างค่านิยม การวัดผลของการดำเนินการสุขศึกษา ก็จะวัดในรูปของการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และค่านิยม ซึ่ง เรียกว่า KAP study (Knowledge Attitude Practice) นั่นเอง

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra - individual causality assumption) รากฐานแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้จะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม และเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (multiple causality assumption) รากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้มีนักพฤติกรรมศาสตร์กลุ่มหนึ่งได้รวบรวมรูปแบบของพฤติกรรมอนามัย 14 รูปแบบ ประกอบด้วยตัวแปร 109 ตัวแปร สรุปได้ว่าปัจจัยต่อไปนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ดังนี้

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์ เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และเสี่ยงต่อการเกิดโรค
4. องค์กรประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์กรประกอบด้านประชากร

### การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับทางด้านสุขภาพ บุญเยี่ยม ( 2528) ได้แสดงแนวคิดว่า พฤติกรรมจะมีการเปลี่ยนแปลงได้จะต้องมีสาเหตุ ดังนี้

1. พฤติกรรมของบุคคลจะต้องถูกกระตุ้นหรือถูกสิ่งเร้า จึงแสดงพฤติกรรมออกมา
2. พฤติกรรมที่แสดงออกนั้น เป็นพฤติกรรมที่แสวงหาจุดหมาย หรือเป้าหมายเพื่อลดความตึงเครียดของตน
3. เป้าหมายที่บุคคลตั้งใจนั้น เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ซึ่งบุคคลจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ไปสู่จุดหมายนั้น
4. สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การจัดโอกาสให้คนได้รับการศึกษา ความยากง่ายของการเข้าไปใช้บริการ หรือการมีโอกาสในการเปลี่ยนแปลง
5. พฤติกรรมจะผลักดันโดยพฤติกรรมภายในของตน หรือกระบวนการต่างๆ ที่อยู่ภายใน จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของตน

6. ความสามารถที่มีอยู่จะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของคน คนที่มีพฤติกรรม หรือคนที่มี ความสามารถต่างกัน จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ต่างกัน แม้จะมี เพศ เชื้อชาติ อายุ เดียวกันก็จะมี ความสามารถที่แตกต่างกัน

### พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

เฉลิมพล (2541) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือ การแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลดีต่อสุขภาพ โดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ธนวรรณ (2544) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง หรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

จากความหมายดังกล่าว สรุปว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ เป็น การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นำมาเป็นแนวทางในการกระทำ หรือ งดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองและบุคคลอื่น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้น จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ

### ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และของชุมชนจำแนกได้ตามผลที่เกิดขึ้นจาก พฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ (ธนวรรณ, 2544)

#### 1. พฤติกรรมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness Behavior)

เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เป็นการแสดงออกของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย ในลักษณะของการรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยหรือไม่ อย่างไร มากน้อยแค่ไหน และการเจ็บป่วยนั้นๆ มีสาเหตุมาจากอะไร

## 2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ป้องกันมิให้ติดโรค การกระทำ หรือ การปฏิบัติที่ทำให้เกิดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่ทำให้เกิดการแพร่โรค รวมทั้งพฤติกรรมมารับการตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ และพฤติกรรมมารับการรักษาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้โรคแพร่กระจายออกไป ไม่ให้เกิดความพิการ และไม่ให้เสียชีวิตด้วย

## 3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ และการดำรงชีวิต ตั้งแต่ก่อนเกิด จนถึงตาย กระบวนการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและครอบครัวต่างๆ จึงเป็นกระบวนการแห่งชีวิต ที่บุคคลต่างๆ ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในตนเองและในครอบครัวของตนเอง เพื่อให้มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งการป้องกันโรคด้วย โดยเริ่มจากการดูแลสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูทารกและเด็ก ก่อนวัยเรียน การเลี้ยงดูเด็กวัยเรียน การพักผ่อนและการออกกำลังกายในผู้ใหญ่ การส่งเสริมโภชนาการ การพักผ่อน และการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลทันตสุขภาพของบุคคลทุกวัย

### ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไป เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน การพักผ่อนที่เพียงพอ
2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพหรือโรค เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันเกินความจำเป็น เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิด

พฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไม่ให้บุคคลไปกระทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพ  
 พรรณี (อ้างใน วราภรณ์, 2547) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มี 3 ด้าน คือ ด้าน  
 ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ หรือ พุทธิปัญญา (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้อง  
 กับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาด้าน  
 สุขภาพ พฤติกรรมด้านความรู้นี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่างๆ โดยเริ่มต้นจากการเรียนรู้  
 ระดับง่ายๆ จากนั้นเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาให้มากขึ้น ได้แก่ ชั้นความรู้ ความจำ  
 ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ และการประเมินค่า

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก หรือความชอบ (Affective domain) การสร้าง  
 เจตคติต่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เป็นการมุ่งสร้างความศรัทธา คุณค่า หรือความรู้สึกที่ดีในเรื่อง  
 สุขภาพ หรือเพิ่มพูนมากกว่าเดิม เจตคติจะเปรียบเสมือนความพร้อมทางจิตใจที่ป้อนข้อมูลให้  
 ร่างกายปฏิบัติ ซึ่งถ้าผู้เรียนคิดตามแล้วเกิดความเชื่อหรือเกิดความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ ย่นนำไปสู่  
 การปฏิบัติตาม เจตคติไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่จะมีลำดับขั้นจากง่ายไปยาก 5 ขั้น คือ  
 ขั้นการรับรู้ ขั้นกาตอบสนอง ขั้นการสำนึกในคุณค่า ขั้นการรวมตัวของคุณค่า และขั้นตรึงมั่น  
 ในคุณค่า

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) พฤติกรรมนี้เป็นกระบวนการทาง  
 ร่างกาย เป็นการแสดงออกที่สังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายอันเป็นเป้าหมายของการสอน  
 สุขศึกษา ซึ่งการปฏิบัติที่ดี ที่ถูกหรือที่ควรนั้น จะเกิดขึ้นเมื่อประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง มีเจตคติ  
 ที่ดีต่อสิ่งนั้น และการปฏิบัติที่ดีนั้นก็ต้องเป็นการปฏิบัติที่มีทักษะ มีความคล่องแคล่ว การเกิด  
 ทักษะนี้มีใจเกิดขึ้นง่ายๆ ต้องมีการกระทำเป็นขั้นเป็นตอน มีการฝึกปฏิบัติ ทักษะมีการพัฒนา  
 5 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการเลียนแบบ การลงมือทำตามแบบความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และ  
 การกระทำอย่างเป็นธรรมชาติ

## ความหมายของการดูแลตนเอง

Levin (1976) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ ทั้งทางด้านการประเมินอาการขั้นต้น การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

Hill and Smith (1985) มีแนวความคิดว่าพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นกิจกรรม ที่ประชาชนได้ริเริ่มกระทำอย่างมีจุดหมาย และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ การป้องกัน หรือ การรักษาโรค ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ หรือพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ที่กำลังเริ่มเกิดขึ้นไม่ภายในก็ภายนอกของแต่ละบุคคล และองค์ประกอบของการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วย การดูแลตนเองทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ

Norris (1987) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากประชาชนเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง โดยมีสาเหตุหลักต้นมาจากความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นคนไข้เป็นเพียงวัตถุ หรือชิ้นส่วนในการรักษาเท่านั้น และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาแพง อีกทั้งตระหนักว่าตนมีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถเพื่อการดูแลตนเองได้

สมจิต (2536) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงการมุ่งจัดการหรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำ หรือ การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพที่ดีของตนเอง ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ในขณะที่ปกติ และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยตามขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของตน

## แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

Orem (1985) ได้กล่าวถึง แนวคิดการดูแลตนเองจากความเชื่อที่ว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อ

1. ประดับประคองกระบวนการของชีวิต ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงการเจริญเติบโต พัฒนาการของชีวิต และวุฒิภาวะที่เหมาะสม
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบำบัดรักษาโรค และอันตรายจากการได้รับบาดเจ็บ
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสีย
5. ส่งเสริมความเป็นปกติสุข

Orem (1991) ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างต่อเนื่องมีเป้าหมาย และเป็นการกระทำที่ตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัยความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองไว้ ตลอดจนหลีกเลี่ยงโรคและอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งเมื่อกระทำอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดได้

ทฤษฎีของ Orem ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

1. ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)
3. ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)

ซึ่งจะขอกล่าวถึง ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของ Orem เพียง 2 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory) เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิก ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น

กระบวนการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ (สมจิต, 2536)

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่า บุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม และต้องเห็นว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นการดูแลตนเอง จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถที่จะพินิจพิจารณา ตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวางการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อย่างถูกต้อง ถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะมีแรงจูงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะคิดเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นจะกระทำไปโดยไม่ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อดำรงการรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ เมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำโดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือความรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

องค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังต่อไปนี้  
Orem (n.d.) อ้างใน สมจิต (2536)

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) สำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วย

1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ การรับรู้ ความจำ ความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็นการได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.5 นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ เข้าใจ ห่วงใย

1.6 การยอมรับในตนเอง

1.7 การจัดลำดับความสำคัญรู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ

1.8 ความสามารถที่จะจัดการกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ (Ten Power Components) เป็นเหมือนตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้กับการกระทำของมนุษย์ ซึ่งเป็นการกระทำอย่างตั้งใจ เพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่

2.1 ความสนใจเอาใจใส่ตนเอง ภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตนเองรวมทั้งปัจจัยสำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง

2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนให้เพียงพอ ที่จะเริ่ม และปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนต่างๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ จัดทำ คิดต่อ และสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 สามารถจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และ สอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต และกระทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-care Operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย

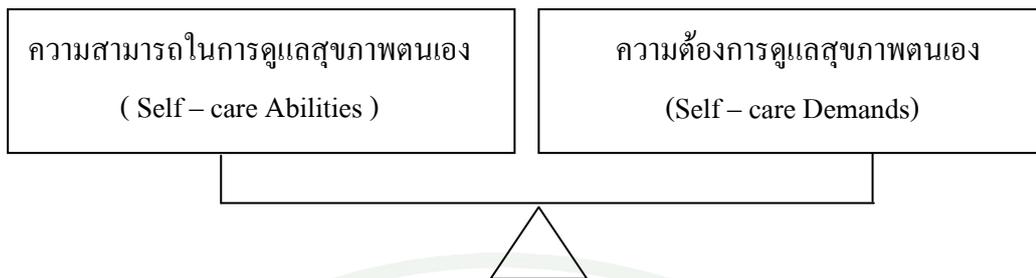
3.1 การคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม (Estimative Operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องสำหรับการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน(Transitional Operation)เป็นกระบวนการวางแผน และตัดสินใจเลือกกระทำในสิ่งที่ควรกระทำ เพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites)

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Self-care Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

## 2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care defici)

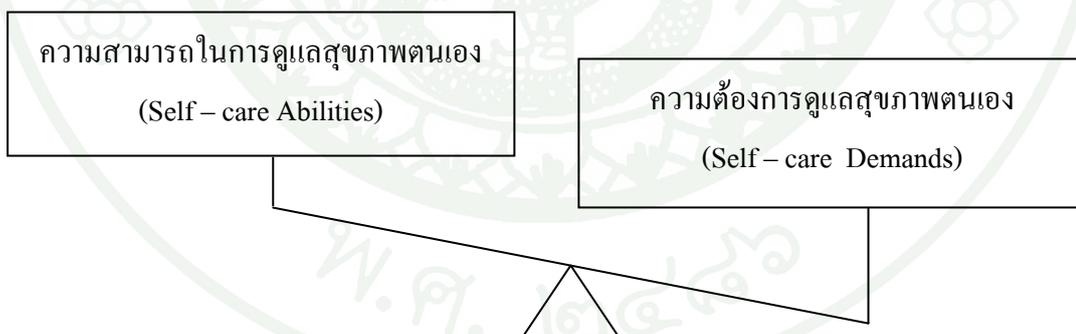
ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง หรือดูแลบุคคลในปกครองได้ บุคคลนั้นอยู่ในภาวะบกพร่องการดูแลตนเอง (self - care deficits) ความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง คือ บุคคลไม่มีความสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เพราะว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีน้อยกว่าความต้องการดูแล ดังนั้น บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (self - care abilities) เมื่อมีความต้องการดูแลสุขภาพตนเองในทางที่เหมาะสม อย่างเพียงพอ และ มีความพอใจ เต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ ถ้าทั้งสองด้าน คือ ความต้องการดูแลสุขภาพตนเอง และความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสมดุลกัน ก็จะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความสมดุลในการดูแลสุขภาพตนเอง

ที่มา: Orem (1991)

อย่างไรก็ตาม ถ้าบุคคลมีประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองไม่ถูกต้อง และไม่มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ในบางส่วนหรือทั้งหมด นั่นคือความต้องการดูแลสุขภาพตนเองมีมากกว่า ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีอยู่ก็จะอยู่ในภาวะมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care deficit) หรือการปฏิบัติตัวไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตน ก็จะเกิดความไม่สมดุลขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงความไม่สมดุลในการดูแลสุขภาพตนเอง

ที่มา: Orem (1991)

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่แต่ละบุคคลต้องมีความต้องการ และ ริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัย และ สวัสดิภาพของตน และเป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเป้าหมาย ซึ่งอาศัยความสามารถในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การที่จะดูแลตนเองได้ดั่งนั้น ต้องมีความสมดุลกันระหว่างความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเอง (self – care abilities) และความต้องการดูแลสุขภาพของตนเอง (self - care demands)

### แนวคิดและทฤษฎีด้านสุขภาพ

#### แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ เป็นการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่างๆ และเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความนึกคิด หรือความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และ จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อในสิ่งนั้นจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามสิ่งที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ความเชื่อ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคล (จรรยา, 2541)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kert Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life space) จะมีส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive space) แรงด้านลบ (Negative space) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative space) โดยแรงด้านบวกจะเป็นสิ่งซึ่งดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลาง คือ ส่วนที่สมดุลระหว่างด้านบวก และด้านลบ ซึ่งได้นำมาอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม และมีสมมุติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับคุณค่าของสิ่งที่คนจะได้รับ และความเชื่อในผลที่จะได้รับจากการกระทำของตน

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ว่าการที่บุคคล จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต
3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น จะเกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด และช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

Becker (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และอธิบายถึง พฤติกรรมเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

1. การยินยอมให้ความร่วมมือที่จะรักษาโรค เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคล ที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น (Perceived Severity)
2. ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา โดยบุคคลจะประเมินและพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติและผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์เพียงใด (Perceived Benefit)
3. สิ่งที่ชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายในคน เช่น อาการหรือความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่างๆ ญาติ แพทย์

ต่อมา Becker (1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying and Enabling factor) และ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ หรือแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ที่พบว่ามอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีด้วยกัน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด โดยแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป ดังนั้นพฤติกรรม การป้องกันโรคจะแตกต่างกัน ตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว จะมีความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงเปลี่ยนแปลงไป บุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสร้อยต่อการเป็นโรคได้อีก และบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสร้อยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงจะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถือว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น Becker จึงสรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำทนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมการดูแลตนเองจะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน หากไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไปก็อาจทำให้เกิดความกลัว กังวล และอาจทำให้ข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นสิ่งที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง (กองสุขศึกษา, 2542) ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ แต่ไม่มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือผลกระทบต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนแล้ว

บุคคลนั้นจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แต่ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าจะได้รับอันตรายจากความรุนแรงของโรค จะมีผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกัน หรือรักษาโรคนั้น

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย ภาวะอาการแทรกซ้อน หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้ โดยทั่วไปบุคคลจะเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์มากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งมักพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ที่มีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะได้รับการยอมรับ ได้รับคำแนะนำ การได้รับความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำด้านสุขภาพ เป็นต้น แรงจูงใจเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ โดยทั่วไปแล้ว แรงจูงใจของบุคคลสามารถวัดได้จากระดับความพึงพอใจ ความสนใจ

ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง และอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากโรคเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบที่กล่าวข้างต้น เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือ เป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ประกอบด้วย

6.1 ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

6.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychological Variables) เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม

6.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural Variables) เช่น ความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

6.4 ปัจจัยด้านการกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่างๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

Karl and Cobb (1985) ได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

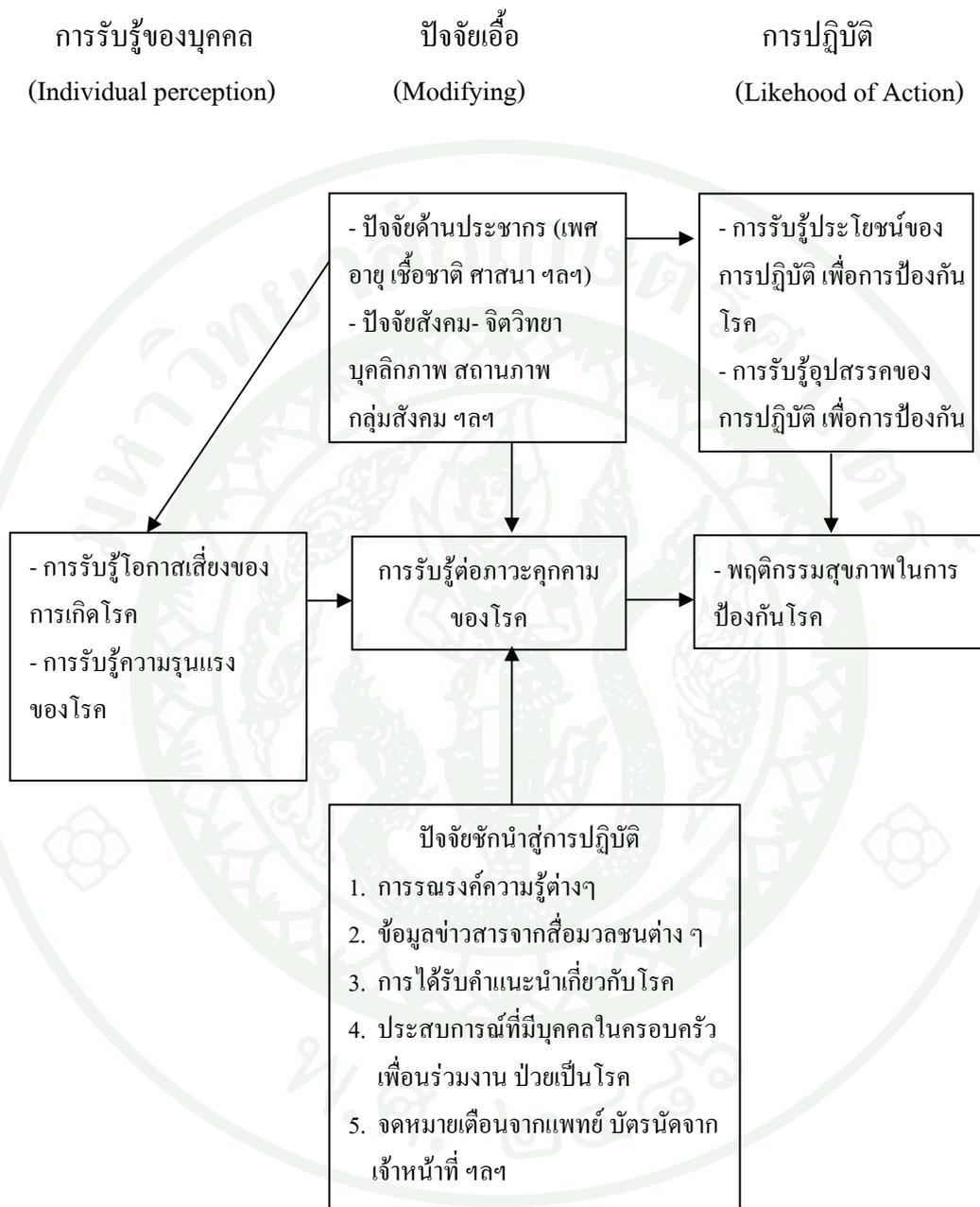
1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behaviors) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behaviors) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติ เมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (sick role behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

จากที่กล่าวมา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเกิดความเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการแสวงหา การรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบ หลายๆ อย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แบบแผน ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่ และแรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

**แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค**



**ภาพที่ 3** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

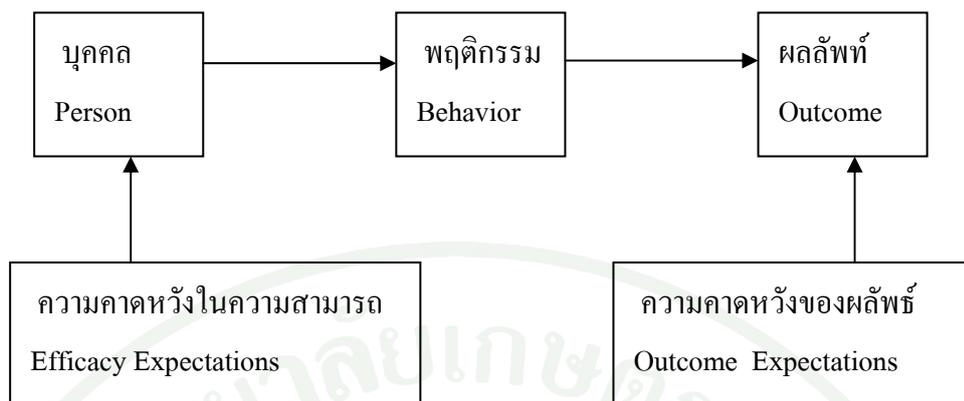
**ที่มา:** Becker and Maiman (1974)

## ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self- Efficacy Theory)

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning Theory) ของ Skinner (สมจิต และคณะ, 2543) ซึ่งได้ศึกษาค้นคว้าพัฒนา และขยายแนวความคิดให้กว้างขวางขึ้น โดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา ชื่อ Albert Bandura จากนั้นได้เปลี่ยนชื่อเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) Bandura ได้ศึกษาถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าต้องทำอะไร (Know what to do) กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติจริง (Actually doing it) โดยมีแนวความคิดว่า พฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลงนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อม

Bandura (1977) มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกัน แม้ในบุคคลคนเดียวกัน หากรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ Bandura พบว่าความสามารถของคนเราไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นคือ ถ้าเรามีความเชื่อว่ามีความสามารถก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจะเกี่ยวข้องหรือแตกต่างกันอย่างไร กับความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น (Outcome expectation) เพื่อให้เข้าใจชัดเจน ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 4



**ภาพที่ 4** แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังในผลของการกระทำ

ที่มา: Bandura (1977)

จากโครงสร้างของทฤษฎีในภาพที่ 4 แสดงให้เห็นแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต โดยพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การจูงใจ และพฤติกรรม เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้ชัดเจน เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงพอเหมาะ เพียงพอของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้วจะพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าการคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

### ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง	สูง	มีแนวโน้ม ที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้ม ที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้ม ที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวัง  
ในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล

ที่มา: สม โภชน์ (2539)

จากภาพที่ 5 ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับ  
ผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูง บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน  
ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวัง  
เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำ และมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น  
ความมั่นใจในความสามารถของตนจึงเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่  
สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในความสามารถตนเองต่ำ จะเกิดความกลัว และพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น  
การรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้เกิดความไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงาน และทำให้เกิด  
ความเพียรพยายาม ไม่ท้อถอยเมื่อพบอุปสรรค ยิ่งมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมาก  
จะยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก

Bandura (1994) กล่าวว่า การตระหนักในความเชื่อประสิทธิภาพในตนเองของบุคคล  
พัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย คือ

1. ความสำเร็จในการกระทำ (Performance accomplishment) เป็นประสบการณ์ตรงจึงมี  
ผลต่อการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองเป็นอย่างมาก ซึ่งเบนคูราเชื่อว่าเป็นวิธีที่มี  
ประสิทธิภาพมากที่สุด ความสำเร็จในการกระทำจะเป็นตัวเพิ่มความตระหนักในความเชื่อแห่ง

ประสิทธิภาพในตนของบุคคล และการไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำหลายครั้งซ้ำๆ กันจะเป็นตัวลดการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตน

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นสิ่งแนะหรือต้นแบบที่บุคคลนำมาพิจารณาประสิทธิภาพของตน เมื่อบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการทำงานยาก โดยไม่มีผลเสียตามมาทำให้เกิดการตระหนักว่า ตนก็มีประสิทธิภาพที่จะทำงานนั้นได้ ถ้าตั้งใจและพยายาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่ในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน ประสิทธิภาพ และประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของตน ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าตนมีประสิทธิภาพที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ เป็นการเพิ่มกำลังใจและความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากวิธีหนึ่ง ในกรณีที่ไม่สามารถสาธิตให้ดู หรือไม่สามารถให้ลองทำเองได้ด้วยตนเอง

4. การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) บุคคลจะรับรู้ว่าคุณตื่นเต้นมีความวิตกกังวลหรือ ความกลัวจากอาการกระตุ้นของร่างกาย ในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากจะทำให้การทำงานได้ผลไม่ดี หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลในระดับสูง บุคคลจะตระหนักในความเชื่อประสิทธิภาพในตนต่อการทำงานนั้นในระดับต่ำ แต่ให้การปลุกเร้าความรู้สึกอยากจะทำด้วยความสำนึกในตนเองอย่างแท้จริง

ความตระหนักในความเชื่อประสิทธิภาพในตนนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการที่กล่าวมา และการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนนั้น อาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายประการมาผสมผสานกันก็ได้ Bandura (1994) ได้เสนอลักษณะการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 เกี่ยวกับปริมาณการตระหนัก(Magnitude) การตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง ในบุคคลเดียวกัน จะแตกต่างในพฤติกรรมที่แสดงออกมาในความยากง่าย เป็นการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนว่าจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน

มิติที่ 2 เกี่ยวกับการนำไปใช้ (Generality) การตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองต่อการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่น ซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่อาจนำการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

มิติที่ 3 เกี่ยวกับความเข้มหรือความมั่นใจ (Strength) ถ้าการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองมีความเข้มหรือความมั่นใจน้อย บุคคลจะไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของตนเองเมื่อประสบการณ์ไม่เป็นไปตามที่หวัง จะทำให้การตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองลดลง ตรงกันข้าม ถ้าความเข้มหรือความมั่นใจมีมาก บุคคลจะมีความบากบั่นพยายามมาก แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังบ้างก็ตาม

### ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารของตนเอง

Bandura (1977) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดของความสามารของตนเองว่ามีปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. แหล่งของความเชื่อในความสามารถ (Sources of Self Efficacy Beliefs)
2. กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (Efficacy Activated Processes)
3. ผลประโยชน์ในแง่ดีที่มีต่อความเชื่อในความสามารถตนเอง (Adsertive Benefits of Optimistic Self –Beliefs of Efficacy)
4. การพัฒนา และการฝึกหัดการมีความสามารของตนเองตนเองตลอดชีวิต (Development of Self – Efficacy over the Lifespan)

โดยสรุปแล้วทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self- Efficacy) อธิบายถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงไปในทางใด ขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด ความคาดหวัง และบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในผลจากการกระทำที่จะเกิดขึ้น

## ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) คือ สิ่งที่ได้รับจากผู้ให้ การสนับสนุน ผู้คิดค้นทฤษฎี ประกอบด้วย Caplan, Casel และ Core ในปี ค.ศ. 1972 (บุญเยี่ยม, 2528)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือ ทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจ เป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมี สุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อบุคคล ทั้งภาวะปกติ และภาวะวิกฤตของชีวิต แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจ และ ถูกนำมา ใช้ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิด ความเครียดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมความมีคุณค่า ในตนเองให้กับบุคคล และยังทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาจะได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการ ยกย่องนับถือและมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมถูกใช้ในการช่วยทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ในด้านการรักษาพยาบาล และมีพฤติกรรมเอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การให้ผู้ป่วย รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น

### แนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Caplan (1974) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งทีบุคคลที่ได้รับ โดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข้อมูลข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือการผลักดันทางด้าน อารมณ์ ซึ่งจะทำให้บุคคลไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

Cobb (1976) ให้ความหมายว่า คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคล ที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และให้การยกย่อง โดยบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของ เครือข่ายสังคมนั้น

Kahn (n.d.) อ้างใน มนต์ธีรา (2548) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกที่ดีระหว่างบุคคล การยอมรับ พฤติกรรมของบุคคล การรับรู้หรือแสดงออกให้เห็นถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Pilisuk (n.d.) อ้างใน มนต์ธีรา (2548) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์ เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Norbeck (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคล มีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรค และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

Thoits (1982) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

บุญเยี่ยม ( 2528) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ทำให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่มบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความร่วมมือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้รับแรงสนับสนุน และมีผลให้ผู้รับแรงสนับสนุนปฏิบัติตนในทิศทางที่ผู้ให้การสนับสนุน ต้องการ

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับการช่วยเหลือ ในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์ จากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในเครือข่าย ของสังคมนั้นๆ และผลของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนรู้สึก ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่น และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นเพื่อ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม Pilisuk (n.d.) อ้างใน มนต์ธีรรา (2548) ประกอบด้วย

1. จะต้องมี การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
  - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่มีความรัก ความหวังดี ในตนอย่างจริงจัง
  - 2.2 ข้อมูล ข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
  - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

#### ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม มี 4 รูปแบบ (บุญเยี่ยม, 2528) คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้การยอมรับนับถือ ความหวังใจ เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจความรักและความผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคมซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง คำแนะนำ ตักเตือน การให้คำปรึกษา การบอกแนวทางเลือกหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ (instrument support) เป็นการช่วยเหลือ โดยจัดหา เงินทุน อุปกรณ์ เครื่องมือ แรงงาน และบริการที่จำเป็น

#### แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มสังคมโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (บุญเยี่ยม, 2528) คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ

กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพ ระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน

กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

#### ระบบการสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบคือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อแบบแผนพฤติกรรมการปฏิบัติสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อกับผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious Organizations of denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งสนับสนุนแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับ จากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการ อาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

#### ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (n.d.) อ้างใน มนต์ธีรา (2548) ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกว้าง (Macro level) การวัดโดยพิจารณาถึงกิจกรรมร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับบุคคลต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัสดุ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลที่ใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือ โครงสร้างของเครือข่ายแรงสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

แรงการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด (Gottlieb, n.d.) อ้างใน (มนต์ธีรา, 2548) คือ

1. ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) เป็นความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย มีคนรักใคร่เอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากคู่สมรสและเพื่อนสนิท ถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว

2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) ทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน รู้สึกมีเป้าหมายและมีคุณค่าต่อสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบียดเบียนหน่วยในการดำรงชีวิต

3. โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ให้มีความผาสุก ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นผู้พึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะเกิดความคับข้องใจและทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย

4. ส่งเสริมให้มีความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม อันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและผู้ร่วมงาน ถ้าได้รับการส่งเสริมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of reliable alliance) ความรู้สึกเช่นนี้ได้มาจากครอบครัวหรือเครือข่าย ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความรู้สึกเช่นนี้ ทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำชี้แนะ (Obtaining of guidance) เป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง

จากทฤษฎีต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งใจนำแนวคิดต่างๆ จากทฤษฎีต่างๆ ที่ศึกษามาประยุกต์ใช้ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม และใช้ในการทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการใช้ดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผ่องพักตร์ (2540) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริการผ่าตัดโรคต่อกระดูกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าลักษณะประชากรของหัวหน้ากลุ่มงาน จักษุวิทยาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.90 อายุเฉลี่ย 42.56 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 89.61 มีวุฒิการศึกษา สูงสุดในระดับวุฒิปริญญาตรีทางจักษุวิทยาร้อยละ 85.71 เมื่อทำการเปรียบเทียบลักษณะประชากรระหว่างกลุ่มที่มีประสิทธิผล และไม่มีประสิทธิผลการบริการผ่าตัดโรคต่อกระดูก ซึ่ง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ พบว่ามีเพียงเพศเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.038$ ) สำหรับปัจจัยการบริหารซึ่งประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรการเงิน ทรัพยากรกายภาพ ทรัพยากรสารสนเทศและกระบวนการบริหาร มีเพียงทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรการเงิน ทรัพยากรสารสนเทศและกระบวนการบริหาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $p<0.001$ ) ส่วนปัจจัยประสบการณ์การปฏิบัติงานและ ปัจจัยแรงจูงใจในการบริการผ่าตัดโรคต่อกระดูกไม่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีประสิทธิผล และไม่มีประสิทธิผลและเมื่อทำการศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจใน การจำแนกระหว่างกลุ่มที่มีประสิทธิผลและไม่มีประสิทธิผลในการบริการผ่าตัดโรคต่อกระดูกโดยใช้สถิติจำแนกประเภท (Discriminant analysis) พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด ตามลำดับ ประกอบด้วยทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรการเงิน ทรัพยากรสารสนเทศ โดยตัวแปรสามารถประมาณความถูกต้อง ได้ในระดับที่ดี (ร้อยละ 93.15)

จินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลการศึกษาพบว่า 1. ผู้ป่วยโรคต่อกระดูก มีความเชื่อด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต่อกระดูกอยู่ในระดับดี 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ ความรุนแรงของโรคและระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกัน ตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกได้ ร้อยละ 27.93 ( $R^2 = 0.2793$ )

อรุณรัตน์ (2542) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ก่อนและหลังการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลราชวิถี ผลการวิจัยพบว่า 1. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกอยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน 2. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านหลังการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูก สูงกว่าก่อนการใช้มาตรฐานการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธีรา (2543) ได้ศึกษา เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษา พบว่า 1. ผู้ป่วยโรคต่อหิน มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี 2. ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มี เพศ อายุ และอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน

ไม่แตกต่างกัน 3. ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.10

สมบุญ (2543) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการสลายต่อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น  $< .001$  ในทุกตัวแปร โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสลายต่อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียมมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองถูกต้องเหมาะสมกับโรคมากยิ่งขึ้น นำมาซึ่งการลดภาวะแทรกซ้อน จึงควรนำมาประยุกต์ใช้ ในหน่วยงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

กนกวรรณ (2544) ได้ศึกษา ความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยะรอผ่าตัด ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคต่อกระจกและรอรับการผ่าตัด ณ ตึกจักษุ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด 5 อันดับแรก จำแนกรายชื่อ จากมากไปน้อย ได้แก่ การไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน การมองเห็นบกพร่อง ความกังวลกลัวตาบอด หลังการผ่าตัดต่อกระจก การต้องพึ่งพานุคคลภายในครอบครัวและความกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด ( $\bar{X}$ ) = 2.53, 2.49, 2.47, 2.40, 2.36) ตามลำดับ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด รายด้านมากที่สุด ได้แก่ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดจากด้านร่างกาย 2) การเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง 5 อันดับแรก จำแนกรายชื่อ ได้แก่ สวดมนต์ไหว้พระ/อธิษฐานไว้วางใจกับพระเจ้า พยายามพูดคุยปัญหากับผู้ป่วยที่รอผ่าตัด ต่อกระจก เปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยที่รอผ่าตัดต่อกระจก พยายามทำให้ชีวิตเป็นปกติ เท่าที่จะทำได้ กังวลกับปัญหาและยอมรับสถานการณ์ ( $\bar{X}$ ) = 2.75, 2.72, 2.53, 2.40, 2.30, 2.30) ตามลำดับ การเผชิญความเครียดรายด้านที่กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นบางครั้ง ได้แก่ ด้านการยอมรับ ในโชคชะตา ด้านการให้การสนับสนุน ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการพึ่งตนเองและด้านการ เผชิญหน้ากับปัญหา ( $\bar{X}$ ) = 2.02 , 1.95 , 1.90, 1.78, 1.43) ตามลำดับ ผลงานวิจัยครั้งนี้

สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

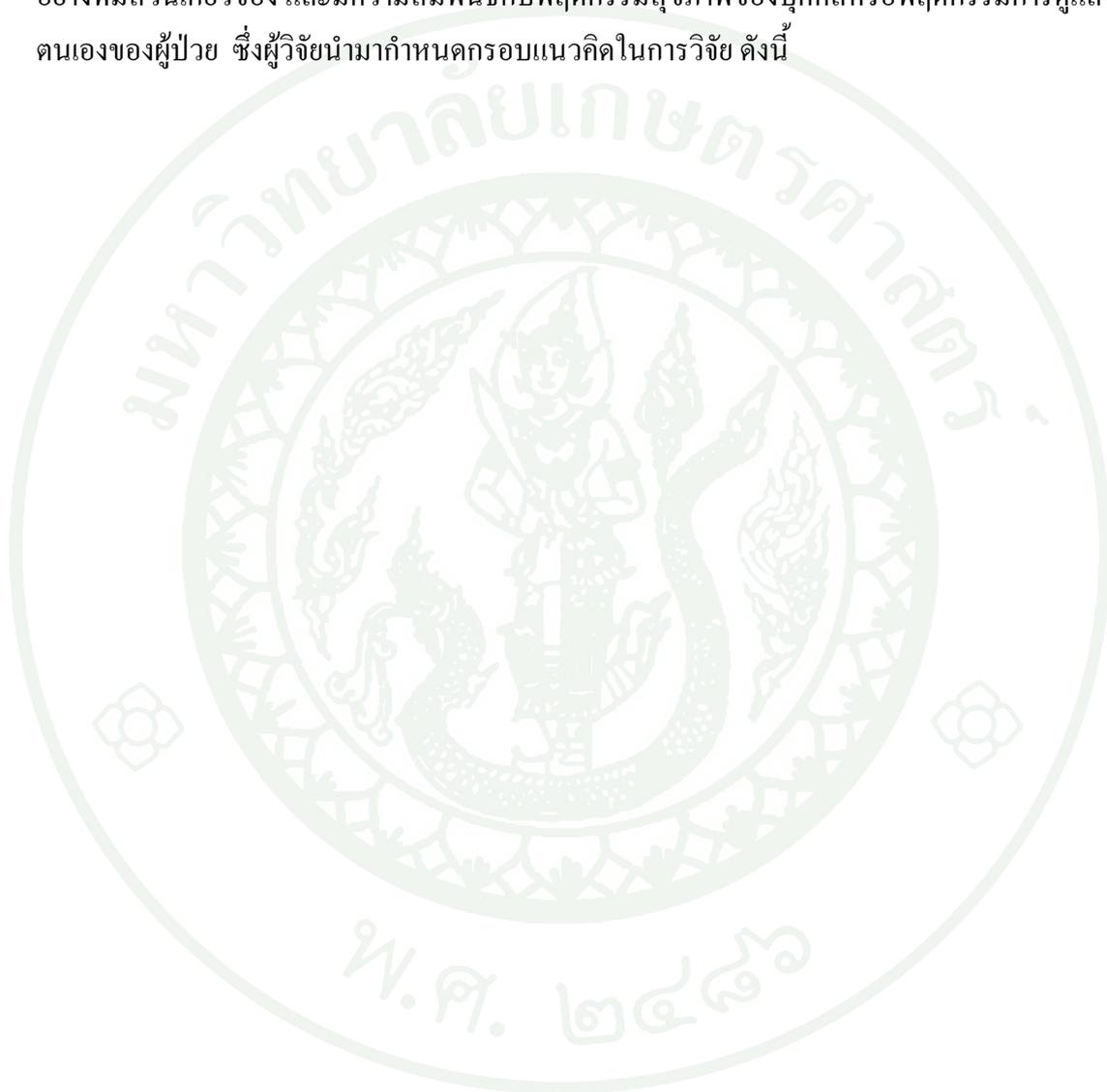
แสวง (2544) ได้ศึกษาผลของการใช้ข้อมูลการผ่าตัดต่อกระเจกต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยต่อกระเจกที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับชุดข้อมูล มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน ( $P>0.05$ ) 2. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังการได้รับชุดข้อมูลและผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ( $P>0.05$ ) 3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง หลังการได้รับชุดข้อมูล มีพฤติกรรมร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .054 4. ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดต่อกระเจกของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ( $P>0.05$ )

สุริรัตน์ (2545) ได้ ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายต่อกระเจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวิชรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการปฏิบัติในการ ดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น  $< 0.001$  ในทุกตัวแปร หลังการทดลองขนาดผลของโปรแกรมมากกว่าการสอนแบบปกติในทุกตัวแปร ผลการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลอย่างยิ่ง สามารถทำให้ผู้ป่วยหลังได้รับการสลายต่อกระเจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคมามากยิ่งขึ้น นำมาซึ่งการลดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัว ดังนั้นควรนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

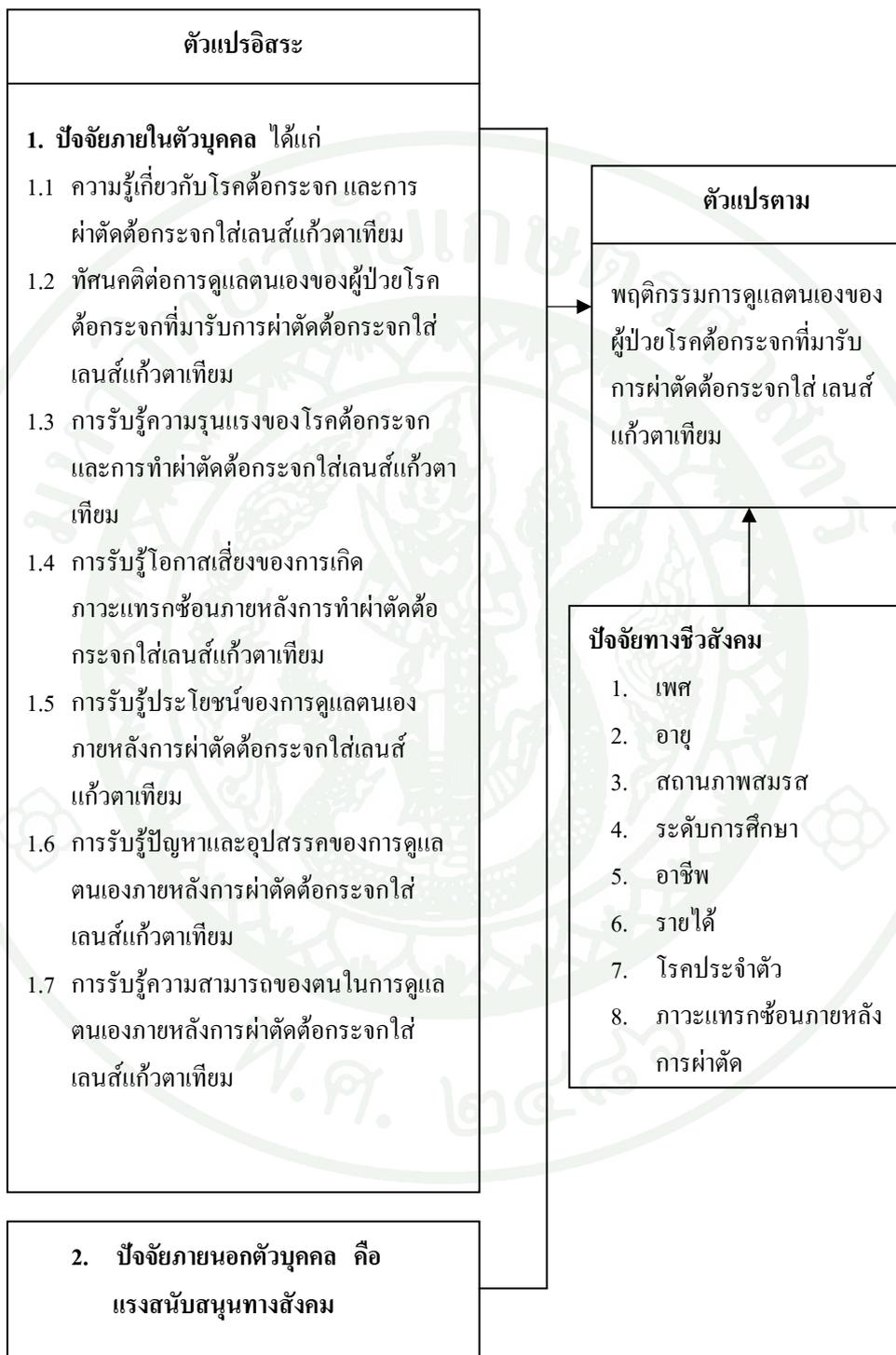
อรุณี (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระเจกก่อนผ่าตัด โดยใช้รูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระเจกก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลจาก 39.95 ลดลงเป็น 29.10 แต่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นกว่าในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลผลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

## อุปกรณ์และวิธีการ

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยศึกษาความสัมพันธ์ทางปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 1,496 คน (จากสถิติของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปี 2551)

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมารับการตรวจตามนัดหลังผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกทางจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) (กัลยา, 2550) จากกลุ่มประชากรที่มารับการตรวจตามนัดหลังผ่าตัด ระหว่าง เดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม 2552 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดจำนวน 150 คน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ

1. เป็นผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่มารับการตรวจตามนัดหลังผ่าตัด หลังจากกลับบ้านไปแล้วอย่างน้อย 7 วันทุกราย ในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552

2. ไม่เป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมแบบจุกเงิน (เป็นโรคต่อกระจกที่ทำให้เกิดโรคต้อหินแบบเฉียบพลัน)
3. รู้สึกตัวดี ไม่มีความผิดปกติทางด้านระบบสมอง และจิตประสาท
4. สามารถอ่านออกเขียนได้ ฟังภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ

คำตอบที่ถูกต้อง	ใช่	1	คะแนน
คำตอบที่ผิด	ใช่	0	คะแนน
คำตอบไม่ทราบ	ใช่	0	คะแนน

การประเมินผล แบ่งระดับความรู้เรื่องโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใตเลนส์ แก้วตาเทียมออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$  (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใตเลนส์แก้วตาเทียม

ระดับสูง	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระจก สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) นำมาปรับเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบเท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่า มีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement)

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใตเลนส์แก้วตาเทียม ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับทัศนคติจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$  (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับทัศนคติการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

### 3. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ความรุนแรงจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไขสันหลัง  
 เล่นสกีแก้วตาเทียม สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า  
 (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง  
 โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน  
 ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไขสันหลังแก้วตาเทียม ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ย  
 ของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากค่ามัธยิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$  (บุญธรรม,  
 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลัง  
 การผ่าตัดต่อกระดูกไขสันหลังแก้วตาเทียม

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้า  
 แก้วตาเทียม สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า  
 (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง  
 โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก  
 และเชิงลบ (Positive or Negative Statement)

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลัง  
 การผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้า แก้วตาเทียม ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับ  
 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองจากค่ามัธยเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$   
 (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด  
 ต่อกระดูกไหปลาร้า แก้วตาเทียม

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

3.4 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไขสันหลังส่วนเอวเทียม สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement)

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไขสันหลังส่วนเอวเทียม ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ย ของระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลัง การผ่าตัดต่อกระดูกไขสันหลังส่วนเอวเทียม ดังนี้

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

3.5 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement)

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement)

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	4	มากที่สุด	1
มาก	3	มาก	2
น้อย	2	น้อย	3
น้อยที่สุด	1	น้อยที่สุด	4

การประเมินผล แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม

ระดับมาก	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับน้อย	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือกคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement)

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	ปฏิบัติเป็นประจำ	1
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	3	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	ไม่ปฏิบัติเลย	4

การประเมินผล แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับควรปรับปรุง	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

## การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างแบบสอบถาม โดยให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข

3. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

3.1 ตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำเครื่องมือ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบว่าตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด มีความถูกต้องและชัดเจนของการใช้ภาษาเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขในด้านของการใช้ภาษา ตัดข้อคำถามบางข้อที่เป็นข้อความปฏิเสธซ้อนปฏิเสธออก และเพิ่มข้อคำถามให้ตรงกับเนื้อหาของงานวิจัยเพิ่มขึ้น ให้ตรงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์

3.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้ใช้วิธี Kuder Richardson (KR-20) ส่วนแบบสอบถามด้านอื่นทดสอบความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของแต่ละส่วน ดังนี้

แบบวัดความรู้	ค่าความเชื่อมั่น = 0.636
แบบวัดทัศนคติ	ค่าความเชื่อมั่น = 0.673
แบบวัดการรับรู้ความรุนแรง	ค่าความเชื่อมั่น = 0.898
แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง	ค่าความเชื่อมั่น = 0.813
แบบวัดการรับรู้ประโยชน์	ค่าความเชื่อมั่น = 0.898

แบบวัดการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค	ค่าความเชื่อมั่น = 0.911
แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	ค่าความเชื่อมั่น = 0.770
แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม	ค่าความเชื่อมั่น = 0.862
แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ค่าความเชื่อมั่น = 0.803

#### 4. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

##### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่องขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตการทำวิจัยในคนต่อคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม และมารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกทางจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาต ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ และถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ และเก็บแบบสอบถามคืนในวันเดียวกัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนจากความคิดของคนอื่นในการตอบแบบสอบถาม
4. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามทุกฉบับ ก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้ (กัลยา, 2550)

1. ข้อมูลทางชีวสังคม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะประชากร
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
4. วิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method

## ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยศึกษาความสัมพันธ์ทางปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในระหว่าง เดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม 2552 มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 150 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้สถิติค่าไคสแควร์ ( $\chi^2$  - test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method

การเสนอผลการวิจัย นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับ การผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค และการผ่าตัด
- 1.2 ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง
- 1.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการผ่าตัด
- 1.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด
- 1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง
- 1.6 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง
- 1.7 การรับรู้ในความสามารถของตนในการดูแลตนเอง

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียดของแต่ละตอนมีดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นส์  
แก้วตาเทียม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

			(n = 150)
ปัจจัยทางชีวสังคม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ			
	ชาย	45	30.00
	หญิง	105	70.00
2. อายุ (ปี)			
	41 – 50 ปี	11	7.30
	51 – 60 ปี	16	10.70
	61 – 70 ปี	39	26.00
	71 – 80 ปี	58	38.70
	81 ปีขึ้นไป	26	17.30
3. สถานภาพสมรส			
	โสด	9	6.00
	สมรส	109	72.70
	หม้าย/หย่า	32	21.30
4. ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	73	48.70
	มัธยมศึกษา / ปวช.	33	22.00
	อนุปริญญา / ปวส.	14	9.30
	ปริญญาตรี	26	17.30
	สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.70

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 150)

	ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. อาชีพ			
	รับจ้างทั่วไป	12	8.00
	ค้าขาย	10	6.70
	เกษตรกร	2	1.30
	ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	51	34.00
	ธุรกิจส่วนตัว	4	2.70
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	47.30
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	55	36.70
	5,001 – 10,000 บาท	30	20.00
	10,001– 15,000 บาท	16	10.65
	15,001–20,000 บาท	16	10.65
	20,001– 25,000 บาท	12	8.00
	25,001– 30,000 บาท	9	6.00
	30,001 บาทหรือมากกว่า	12	8.00
7. โรคประจำตัว			
	เบาหวาน	13	8.70
	ความดันโลหิตสูง	45	30.00
	โรคหัวใจ	8	5.35
	เบาหวานและความดันโลหิตสูง	14	9.30
	เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	12	8.00
	ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	8	5.35
	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอื่นๆ	6	4.00
	ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์	2	1.30
	โรคประจำตัวอื่นๆ	13	8.70
	ไม่มีโรคประจำตัว	29	19.30

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 150)			
	ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด			
	มี	9	6.00
	ไม่มี	141	94.00

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 38.70 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 36.70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.30 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคิดเป็น ร้อยละ 94.00

## ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

## 1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล

## 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)				
		ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง	4.71 – 5.00	71	47.30
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง	3.74 – 4.70	56	37.35
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง	1.00 – 3.73	23	15.35

$\bar{X} = 4.22$  S.D. = 0.956 สูงสุด = 5 คะแนน ต่ำสุด = 1 คะแนน

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อกระจกและ การผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.30 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 37.35

1.2 ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคติดต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส เลนส์แก้วตาเทียม

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคติดต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)			
	ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 48.38 – 58.00	45	30.00
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 44.14 – 48.34	52	34.70
ระดับไม่ดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 37.00 – 44.13	53	35.30

$\bar{X} = 46.24$  S.D. = 4.200 สูงสุด = 58 คะแนน ต่ำสุด = 37 คะแนน

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคติดต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 35.30 รองลงมาที่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.70

1.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ แก้วตาเทียม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)			
	ระดับการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 21.00 – 24.00	48	32.00
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 18.23 – 20.59	39	26.00
ระดับไม่ดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 15.00 – 18.22	63	42.00

$\bar{X} = 19.41$  S.D. = 2.366 สูงสุด = 24 คะแนน ต่ำสุด = 15 คะแนน

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 42.00 รองลงมา คือ มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับดี ร้อยละ 32.00

1.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)			
	ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 17.36 - 20.00	44	29.35
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 15.35 - 17.35	41	27.35
ระดับไม่ดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 11.00 – 15.34	65	43.30

$\bar{X} = 16.35$  S.D. = 2.010 สูงสุด = 20 คะแนน ต่ำสุด = 11 คะแนน

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 43.30 รองลงมาคือ มีการรับรู้ความโอกาสเสี่ยงในระดับดี ร้อยละ 29.35

### 1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม

(n = 150)			
	ระดับการรับรู้ประโยชน์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 18.33 – 20.00	56	37.30
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 16.08 – 18.32	27	18.00
ระดับไม่ดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 11.00 – 16.07	67	44.70

$\bar{X} = 17.20$  S.D. = 2.249 สูงสุด = 20 คะแนน ต่ำสุด = 11 คะแนน

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 44.70 รองลงมา คือ มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองในระดับดี ร้อยละ 37.30

### 1.6 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม

(n = 150)			
	ระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 22.32 – 28.00	36	24.00
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 18.41 – 22.31	73	48.70
ระดับไม่ดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 7.00 – 18.40	41	27.30

$\bar{X} = 20.36$  S.D. = 3.905 สูงสุด = 28 คะแนน ต่ำสุด = 7 คะแนน

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.70 รองลงมาคือ มีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองในระดับไม่ดี ร้อยละ 27.30

1.7 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม

			(n = 150)	
	ระดับการรับรู้ความสามารถของตน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระดับดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 31.70 - 37.00	46	30.70	
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 28.87 - 31.69	53	35.30	
ระดับไม่ดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 24.00 - 28.86	51	34.00	

$\bar{X} = 30.28$  S.D. = 2.829 สูงสุด = 37 คะแนน ต่ำสุด = 24 คะแนน

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.30 รองลงมาคือ มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 34.00

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเทียม

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)			
	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	มีค่าคะแนนระหว่าง 34.00 - 40.00	52	34.70
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 29.41 - 33.99	54	36.00
ระดับน้อย	มีค่าคะแนนระหว่าง 20.00 - 29.40	44	29.30

$\bar{X} = 31.70$  S.D. = 4.581 สูงสุด = 40 คะแนน ต่ำสุด = 20 คะแนน

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือ มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ร้อยละ 34.70

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)			
	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	มีค่าคะแนนระหว่าง 47.24 - 55.00	42	28.00
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 41.83 - 47.23	64	42.70
ระดับควรปรับปรุง	มีค่าคะแนนระหว่าง 31.00 - 41.28	44	29.30

$\bar{X} = 44.53$  S.D. = 5.401 สูงสุด = 55 คะแนน ต่ำสุด = 31 คะแนน

จากตารางที่ 10 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.70 รองลงมาคือ ควรปรับปรุง ร้อยละ 29.30

### ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เลนส์แก้วตาเทียม

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ปัจจัยทางชีวสังคม	$\chi^2$	p-value
เพศ	0.381	.827
อายุ	5.678	.058
สถานภาพสมรส	1.250	.535
ระดับการศึกษา	7.019	.135
อาชีพ	3.088	.798
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	14.146	.291
โรคประจำตัว	.266	.875
ภาวะแทรกซ้อน	2.016	.365

จากตารางที่ 11 พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เลนส์แก้วตาเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงไม่ยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะการรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เลนส์แก้วตาเทียม

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน  
(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หมายถึง ดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร  
2 ตัว หรือมากกว่า 2 ตัว ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง  $-1$  ถึง  $+1$  ดังนี้

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นลบ แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นมีความสัมพันธ์  
ในทางกลับกัน คือ ถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าต่ำ และถ้าตัว  
แปรตัวหนึ่งมีค่าต่ำ ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าสูง

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นบวก แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้น มีความสัมพันธ์  
ในทางเดียวกัน คือ ถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าสูงตัวแปรอีกตัวหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะมีค่าสูงด้วย

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นศูนย์แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กัน  
(กัลยา, 2550)

การพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้  
จากตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์ ดังนี้ (กัลยา, 2550)

- |            |                  |  |
|------------|------------------|--|
| 1. เมื่อ r | มีค่า 0.8 ขึ้นไป | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง         |
| 2. เมื่อ r | มีค่า 0.6 - 0.8  | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง |
| 3. เมื่อ r | มีค่า 0.4 - 0.6  | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง     |
| 4. เมื่อ r | มีค่า 0.2 - 0.4  | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ |
| 5. เมื่อ r | มีค่าต่ำกว่า 0.2 | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ         |

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ปัจจัยภายในตัวบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด	.316**	.000
ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง	.074	.367
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.141	.086
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.135	.099
การรับรู้ประโยชน์	.110	.178
การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค	.170*	.037
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.185*	.023

\* P &lt; .05 \*\* P &lt; .01

จากตารางที่ 12 พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม แต่การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 เป็นบางส่วน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน  
(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.354**	.000

\*\* P < .01

จากตารางที่ 13 พบว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์  
ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์  
แก้วตาเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ  
การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ปัจจัย  
ภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง  
การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง  
ภายหลังการผ่าตัด และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกัน  
ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression  
Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise Method)

ความหมายตามตาราง

R	หมายถึง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R <sup>2</sup>	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
R <sup>2</sup> Change	หมายถึง ค่าประสิทธิภาพการทำนายที่เปลี่ยนแปลงเมื่อสมการเปลี่ยน
F	หมายถึง ค่าสถิติทดสอบ

**ตารางที่ 14** ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

ลำดับที่	ตัวแปรทำนาย	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Change	F-change
1	แรงสนับสนุนทางสังคม	.354	.125	.119	0.125	21.192**
2	ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดร่วมกันทำนาย	.316	.100	.093	0.100	16.362**
		.432	.187	.175	0.061	16.857**

**ตารางที่ 15** รูปแบบสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

ลำดับที่	ตัวแปรทำนาย	b	Std.Error	Beta	t	p-value
1.	แรงสนับสนุนทางสังคม	0.355	0.90	.302	3.965**	.000
2.	ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด	1.429	0.429	.253	3.328**	.000
	ค่าคงที่	27.223	3.065	-	8.882	.000

\*\* P< .01

จากตารางที่ 14 และ 15 พบว่า เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล รวม 17 ตัวแปร มาใช้ในการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้นตอน และ นำตัวแปรทั้งหมดหาความสัมพันธ์ตามเงื่อนไข พบว่า มีตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแล้วตาเทียมของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ การทำนายร้อยละ 18.70 ( $R^2 = .187$ ) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัด ต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแล้วตาเทียม พบว่า ตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร คือความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

จากการวิเคราะห์ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแล้วตาเทียม ได้เป็นอันดับแรก ซึ่งทำนายได้ร้อยละ 11.90 ( $\text{Adjust } R^2 = .119$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง ( $\text{Beta} = .302$ ) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า แรงสนับสนุนทาง สังคม มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแล้วตาเทียม มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นร้อยละ 12.50 เมื่อเพิ่มตัวทำนาย คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและ การผ่าตัดเข้าไปสามารถเพิ่มอำนาจการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกร้อยละ 10.00 ( $R^2_{\text{Change}} = .100$ ) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง ( $\text{Beta} = .253$ ) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน สรุปได้ว่า ตัวแปรที่สามารถ ร่วมทำนายพฤติกรรม มีจำนวน 2 ตัว ได้แก่ ตัวแปรจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือแรงสนับสนุน ทางสังคม ตัวแปรจากปัจจัยภายในตัวบุคคล คือความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด มีอำนาจการทำนาย ได้ร้อยละ 18.7 และตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน ที่ 4 เป็นบางส่วน

สมการในรูปแบบคะแนนดิบ คือ

$$Y = b_0 + b_1(x_1) + b_2(x_2)$$

$$\text{พฤติกรรมการดูแลตนเอง} = 27.223 + .355 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม}) + 1.429 (\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด})$$

สมการในรูปค่ามาตรฐาน คือ

$$Z = B_1(Z_1) + B_2(Z_2)$$

$$\text{พฤติกรรมการดูแลตนเอง} = .302 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม}) + .253 (\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด})$$

### ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีประเด็นสำคัญ นำมาเป็นข้อวิจารณ์ได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.70 Orem (1980) กล่าวว่า มนุษย์มีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ ซึ่งการดูแลตนเองเป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม และความสามารถเฉพาะบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ให้เพิ่มมากขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องพักตร์ (2540) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริการผ่าตัดโรคต่อกระดูกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ ไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริการผ่าตัดโรคต่อกระดูกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรา (2543) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มี เพศ อายุ และอาชีพ ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อหิน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงกล่าวได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคมเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรืออีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจจะไม่มีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมเช่นกัน

### ปัจจัยภายในตัวบุคคลพบว่า

ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับ การผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค และการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.30 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและส่วนใหญ่มีโรค ประจำตัวร่วมด้วยถึงร้อยละ 80.3 ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดค่อนข้างมาก ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และจากสื่อต่างๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในสุขภาพของตนเอง มากขึ้น ประกอบกับเป็นช่วงวัยที่เกษียณอายุราชการ ไม่ต้องทำงานประจำ ทำให้มีเวลามาสนใจกับ สุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น จึงนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ร่วมกับปัจจัย อื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแล ตนเองภายหลังการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด และ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล แต่ต้อง อาศัยปัจจัยอื่น ๆ อีกมาก ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดแรงจูงใจของบุคคลที่จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ให้เป็น ประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตน หรือกระทำการต่างๆ ได้ โดยสรุปก็คือ ความรู้เป็น สิ่งที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรา (2543) ได้ศึกษา เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคต่อหินที่มี ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม จากผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 35.30 ทั้งนี้เพราะทัศนคติ (Attitude) เป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงด้านการปฏิบัติ เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะ โต้ตอบและแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ 1) องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา ได้แก่ ความคิด 2) องค์ประกอบด้าน ทำที่ความรู้สึก เป็นส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้า ความคิด อีกต่อหนึ่ง 3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ

ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม ซึ่งจากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นว่าทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ยาก เพราะต้องผ่านกระบวนการคิดหลายขั้นตอน โดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ได้ยาก ต้องใช้เวลานาน ดังนั้นทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกจึงไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของ (Green, 1980) ซึ่งกล่าวว่า เจตคติหรือ ทัศนคติ คือ แนวโน้มของจิตใจ หรือความรู้สึกที่คงที่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมานาน และผ่านการประเมินคุณค่าว่ามีลักษณะดีหรือไม่ดี พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเป็นไปตามทิศทางนั้นตามทัศนคติของตน เช่นเดียวกับแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติที่เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ทัศนคติเป็นผลรวมของความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และ ทฤษฎี PRECEDE model (กองสุขศึกษา, 2542) ซึ่งกล่าวว่า ทัศนคติเป็นหนึ่งในปัจจัยนำซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ และการมีประสบการณ์มากกว่าเป็นสิ่งที่เกิดเองตามธรรมชาติ

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม จากผลการศึกษา พบว่า ระดับของการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42 แสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระดูก และการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม แต่เนื่องจากโรคต่อกระดูกเป็นโรคที่ใช้เวลานานตามอายุที่มากขึ้น อาการตามัวจะค่อยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ มีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเกิดความละเอียดที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง รวมถึงผู้ป่วยอาจคิดว่าความรุนแรงนั้นคงไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต และสามารถแก้ไขได้ ซึ่งขัดแย้งกับ การศึกษาของ จินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม จากผลการศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.3 ซึ่งจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น จะเกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด และช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ และ Becker (1978) ได้กล่าวว่าแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพจะไม่แสดงออกจนกว่าจะมีความเชื่อว่า โรคนั้นมีอันตราย สามารถทำลายชีวิตหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้มีการตัดสินใจทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การรับรู้ประโยชน์ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.70 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมักจะมีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่และโรคประจำตัวที่เป็นอยู่มักจะเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นอยู่เสมอ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเคยชินในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและคิดว่าในที่สุดจะมีลูกหลานมาคอยช่วยเหลือและดูแล จึงทำให้ไม่สนใจต่อสุขภาพของตนเองและคิดว่าอย่างไรก็ต้องมีคนมาดูแลอยู่ดี ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมส่วนใหญ่ไม่รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์

แก้วตาเทียม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค พบว่า การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 48.7 ซึ่งจากแนวคิดของ Becker (1974) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าบุคคลต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค และการรักษาได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 35.30 ซึ่งสอดคล้องกับ Orem ที่กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพว่า บุคคลมีความต้องการ การเรียนรู้ เข้าใจ และมองเห็นคุณค่าในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และ Bandura (1977) กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูง บุคคลจะมี

แนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำ และมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ความมั่นใจในความสามารถของตนจึงเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพสูง จะมีความคาดหวังถึงผลของการกระทำนั้นสูงด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดี

#### ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลพบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 36 จากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (กองสุขศึกษา, 2542) ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรา (2543) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหินโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อหินแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า มีตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังจากผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 18.7 ( $R^2 = .187$ ) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม พบว่า ตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทำนายที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดถึงร้อยละ 11.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ ความรุนแรงของโรค และระดับการศึกษา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการ ป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจกได้ร้อยละ 27.93 ( $R^2 = 0.2793$ ) และสอดคล้องกับการศึกษา ของ ชีรา (2543) ได้ศึกษา เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรค ต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.10

แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียวและสามารถ นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ แก้วตาเทียม โดยจะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบหลายๆ ด้าน และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สำคัญที่มี ผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผนหรือกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป นำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

## สรุปและข้อเสนอแนะ

### สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ลดภาวะต่อกรรอบครัวและสังคม เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ภายหลังการผ่าตัด นำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและแก้ไขปัญหา สาธารณสุข หรือปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทาง ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง รวมถึงเพื่อพัฒนาการให้ สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอกทางจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มประชากรที่มารับการตรวจตามนัด หลังผ่าตัดระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2552 มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยทาง ชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล ตนเอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และได้ทดสอบ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในส่วนของ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อ กระดูกภายหลังการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และใช้สูตร KR- 20 (Kuder - Richardson) ในส่วน ของความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม พบว่า ค่าความ เชื่อมั่นของแต่ละส่วน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์

แก้วตาเทียมเท่ากับ 0.636 ด้านทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 0.673 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 0.898 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 0.813 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 0.898 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 0.911 การรับรู้ความสามารถของคนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 0.770 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 0.8620 และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 0.8029 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี stepwise method สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัย ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่ได้นำมาวิเคราะห์ และทำให้ทราบว่าปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย และสมมุติฐานของการวิจัย ได้กำหนดไว้ดังนี้

2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.70 รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 29.30 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.00

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 38.70 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 36.70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.30 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคิดเป็น ร้อยละ 94.00

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ด้วยสถิติไคสแควร์ ( $\chi^2$  test) พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และ ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 นั้น ไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 1

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตน ในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.30 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.35 และในระดับต่ำร้อยละ 15.35

ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 35.30 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.70 และในระดับดี ร้อยละ 30.00

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 42.00 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 32.00 และในระดับปานกลางเพียง ร้อยละ 26.00

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 43.30 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 29.35 และในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.35

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 44.70 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 37.30 และในระดับปานกลางร้อยละ 18.00

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.70 รองลงมาคือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 27.30 และในระดับดี ร้อยละ 24.00

การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูก  
ไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง  
ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.30 รองลงมา  
คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 34.00 และในระดับดี ร้อยละ 30.70

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's  
Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวก  
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกี  
แก้วตาเทียมได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการทำผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียม  
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .316$ )  
การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียม  
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .170$ )  
การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียม  
มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .185$ ) สรุปได้ว่า หากผู้ป่วยโรค  
ต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียม มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและ  
การทำผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียม การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการรับรู้  
ความสามารถของตนในการดูแลตนเองที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 นั้นยอมรับสมมติฐาน  
ที่ 2 บางส่วน

2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทาง  
สังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกี  
แก้วตาเทียม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับ  
ปานกลาง ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 34.70 และ ในระดับน้อย ร้อยละ 29.30

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .354$ ) สรุปได้ว่า หากผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 นั้นยอมรับสมมติฐานที่ 3 ทั้งหมด

2.5 เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 2 ตัวแปร คือ ตัวแปรจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือแรงสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรจากปัจจัยภายในตัวบุคคล คือความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้ร้อยละ 18.7 ตัวแปรที่ทำนายได้ดีที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้ร้อยละ 11.9

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4 นั้นยอมรับสมมติฐานที่ 4 บางส่วน

#### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และจากการตอบแบบสอบถามรายข้อพบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคต่อกระดูก และการรักษาโรคต่อกระดูก ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคต่อกระดูก และการรักษาโรคต่อกระดูก และควรมีการวางแผนการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม แก่ประชาชนทั่วไป โดยการจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ ในวันสำคัญๆ เช่น วันผู้สูงอายุ

2. จากผลการวิจัย พบว่าทัศนคติต่อการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดี และจากการตอบแบบสอบถามรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก

2.1 ควรจัดการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มาตรฐานเดียวกันในการให้บริการแก่ผู้ป่วย และเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดี เกิดความเชื่อถือ เชื่อมั่น และไว้วางใจในการมารับการรักษาพยาบาล รวมถึงการมารับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

2.2 ควรมีการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาให้ความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง เน้นถึงประโยชน์และผลเสียของการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วย

3. จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับไม่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดทำโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อแนะนำ เผยแพร่ความรู้แก่ผู้ป่วย รวมถึงพัฒนาการดำเนินงานด้านการให้สุขศึกษาให้ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

4. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ดังนั้น การที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ควรนำปัจจัยดังกล่าวมาวางแผนและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาให้ครอบคลุมทุกปัจจัยและนำมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการประสานงาน การประชุม สัมมนาหรือฝึกอบรม

เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และ ควรจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จัดให้มีโครงการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคต่อกระดูก (Hot line) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับผู้มีความรู้และผู้เชี่ยวชาญได้ตลอดเวลา เมื่อพบปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการดูแลตนเอง

5. จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกโดยบรรจุไว้ในแผนงานประจำปี เน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางบวกอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบโดยเฉพาะจัดทำแผนงานที่เป็นรูปธรรม ร่วมกันจัดทำโครงการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น โครงการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โครงการแก้วตาดวงใจเทิดไท้ 72 พรรษามหาราชาฯ โครงการเยี่ยมบ้านหลังผ่าตัด เป็นต้น และที่สำคัญควรมีการติดตามประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นโครงการเป็นระยะๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโครงการ แล้วนำมาพัฒนาหรือปรับปรุงแผน/โครงการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป และควรจัดให้มีโปรแกรมการวางแผนก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge Planning Program) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแนะนำและเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ

6. จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ได้แก่ ตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติและแบบแผนการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป โดยคำนึงถึงปัจจัยข้างต้น

### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับสูง และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น

1.1 ควรจัดให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง และควรมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

1.2 ควรมีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ ทักษะของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องใดที่ผู้ป่วยขาดทักษะและความเข้าใจ ควรจัดการสอน ฝึกหัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่

1.3 จัดทำโปรแกรมสุขภาพให้ความรู้ โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะและศักยภาพในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้อยู่ในระดับดีต่อไป

2. จากผลการวิจัย พบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในระดับไม่ดี และการรับรู้ความสามารถของตน ในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ดังนั้นจึงควรจัดให้มี กิจกรรมเพื่อส่งเสริม และปรับเปลี่ยน ทักษะคิด และการรับรู้ภาวะสุขภาพเพื่อพฤติกรรมการดูแล ตนเองที่ดีของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดย

2.1 จัดทำโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่มีสุขภาพที่ดีภายหลังการทำผ่าตัดมาเป็นต้นแบบ และเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยได้ทำความรู้จักกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์-พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น

2.2 ควรมีการติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการให้ บริการคำปรึกษา คำแนะนำ ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองและช่วยวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยมารับการติดตามผล และเป็นการเสริมแรง สร้างกำลังใจ ความมั่นใจ และ สร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น รวมทั้งควรจัดให้มีทีมสุขภาพเชิงรุก เพื่อติดตามและประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ เพื่อทราบปัญหาในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าของพฤติกรรม และ สามารถให้คำแนะนำได้ถูกต้องเหมาะสมตามสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

3. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ดังนั้นในเชิงปฏิบัติการ ควรจัดให้ ญาติมีส่วนร่วมในการรับฟังการสอนและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อสามารถ ช่วยสนับสนุน ดูแล กระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อไป และควรเปิดโอกาสให้บุคคล ในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และทำกิจกรรมสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพ คอยเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และมีการทำงานเป็นทีมในเชิงรุก เพื่อการ

สร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการให้สุขศึกษาแบบกระบวนการกลุ่ม เพื่อส่งเสริมศักยภาพการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
2. ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้รูปแบบพัฒนาจากผลการวิจัยครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการทำผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กนกวรรณ หอมจันทนากุล. 2544. ความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยระอผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2549. การประชุมเชิงปฏิบัติการ การป้องกันการตาบอดในภูมิภาคอินโดจีน และเอเชียอาคเนย์ ครั้งที่ 6.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2550. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- กองจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2547. แผนกพัฒนาคุณภาพกองจักษุกรรม. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, กรุงเทพฯ.
- \_\_\_\_\_. 2551. แผนกเวชระเบียนและสถิติ. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, กรุงเทพฯ.
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542. แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุสุขภาพ. โรงพิมพ์กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- ขรรค์ชัย จ้วงพานิช. 2548. การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดต่อกระจกแบบผู้ป่วยในกับแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. งานวิจัยหลักสูตรนักศึกษามหาวิทยาลัยการทัพบก สถาบันวิชาการทหารบกชั้นสูง หลักสูตรหลักประจำ ชุดที่ 50.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง). วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จรรยา สุวรรณทัต. 2541. เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูเด็ก สาขาคุณธรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หน่วยที่ 8-15 เรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 12. ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.

เฉลิมพล ตันสกุล. 2541. **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข**. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์, กรุงเทพฯ.

ทิพวรรณ เข้มสีบัว. 2552. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ชนวรรณ อัมสมบูรณ์. 2542. **แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

\_\_\_\_\_. 2544. **พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 3. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, นนทบุรี.

ธีรา พงษ์พานิช. 2543. **การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. **จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข**. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมศาสตร์ การแพทย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หน่วยที่ 9-15. ชวนพิมพ์, นนทบุรี.

ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2534. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ สุขศึกษา**. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ผ่องพักตร์ ชูศรี. 2540. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริการผ่าตัดโรคต่อกระดูกของ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มนต์ธิดา ไชยแขวง. 2548. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน** โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

รุ่งอรุณ นุทธนู. 2544. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2548ก. บริบททั่วไปโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. แหล่งที่มา:  
www.ha.pmk.ac.th/serv03.htm - 60k , 12 สิงหาคม 2548.

\_\_\_\_\_. 2548ข. หน่วยพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. ม.ป.ท.

วราภรณ์ อุทัยแพน. 2547. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุริรัตน์ วัจจะออม. 2545. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการสายต่อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2  
ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง, กรุงเทพฯ.

สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. 2543. การส่งเสริมสุขภาพแนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมบุญ ชัยมานะการ. 2543. ประสิทธิภาพการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการสายต่อกระจก ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

แสวง ปัญญาดี. 2544. **ผลการใช้ข้อมูลการผ่าตัดต่อกระจกต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

อรุณรัตน์ รอดเชื้อ. 2542. **ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระจกต่อคุณภาพการให้บริการพยาบาลของพยาบาลประจำการและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารุณี อัสวศุกฤกษ์. 2547. **ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลแบบมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระจกในระยะก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.

American Academy of Ophthalmology, Lens and Cataract, Basic and Clinical Science Course 1996-1997. 1998. AAO, San Francisco.

Bandura, A. 1994. **Self Efficacy: Encyclopedia of Human Behavior**. V.S.Ramachaudran. Academic Press, New York.

\_\_\_\_\_. 1997a. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change psychological. **Psychologic** 5 (7): 191-491.

Becker, M. H. 1974. **The health belief model and Sick Role Behavior**. Health Education Monographs. n.p.

\_\_\_\_\_. 1977. The health belief model and prediction of diary compliance. A field experiment. **Journal of Health and Social Behavior**. 3 (1): 15.

- Caplan, G. 1974. **Support System and Community Mental Health: Lecture on Concept Development.** Behavioral Publications, New York.
- Charton, J.F. 1992. **Duane's Clinical Ophthalmology.** J. B. Lippincott, Philadelphia.
- Cobb, S. 1976. **Social supports and health.** Academic Press, New York.
- Duke-Elder , S. 1969. **System of Ophthalmology.** CV Mosby Co., St. Louis
- Gorin, G. 1982 . **History of Ophthalmology.** Publish of Perish Inc .
- Green , L.W. 1980. **Health Education Planning: A Diagnostic Approach.** Mayfield Pulishing Company, California.
- Hill, L. and N. Smith. 1985. **Self-care Nursing Promotion of Health.** Prentice Hall, New jersey.
- Kasl, S. V. and S. Cobb. 1985. **Health behavior, and sick role behavior : health and illness Behavior.** In P. Greenwald, A. G. Ershow, W.D. Novalli and C.M.Benton ( Eds), Cancer diet and nutrition : A comprehensive sourcebook. Illinois: Marquis Who's Who, Inc.
- Levin, L. 1976. The Lay Person as the Primary Care Prationer. **Public Health Report** 9(12): 206-210.
- Norbeck, K. 1982. The use of social support in clinical practice. **Journal of psychosocial Nursing and Mental Health Science** 20 (December): 22-29.
- Norris, C.M. 1987. Self-care. **American Journal of Nursing** 79(3): 486-489.

Orem , D.E. 1985. **Nursing Concepts of Practice**. 3<sup>rd</sup> ed. McGraw-Hill Co., New York, U.S.A.

\_\_\_\_\_. 1991. **Nursing concepts of practice**. 4<sup>th</sup> ed. Mosby Yearbook, St. Louis.

Pender, N. 1996. **Health promotion in Nursing practice**. Connecticut Appleton & Lange.

Pender, N.J. 1987. **Health Promotion Nursing Practice/Nola J**. 3<sup>rd</sup> ed. A ppleton and Lange, Stamford.

Rosenstock, I.M. 1974. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs** 2 ( b ): 355-385.

Stark , W. 1987. **Anterior Segment Surgery**. CV Mosby Co, New York.

Thoit , P.A. 1982. Conceptaul methodological and theoretical problem in studying social Support as a buffer against life stress. **Journal of Health Social Behavior** 23: 145-159.









## หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

รับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้เป็นส่วนตัวข้าพเจ้าเอง 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง )  
ลงชื่อ .....ผู้ดำเนินโครงการวิจัย  
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง )  
ลงชื่อ.....พยาน

### แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

**เรื่อง** ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับ  
การผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทางชีวสังคม	จำนวน	8	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่			
	2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูก และการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	จำนวน	5	ข้อ
	2.2 ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง	จำนวน	15	ข้อ
	2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	23	ข้อ
	2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	14	ข้อ

การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน จึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพราะคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะนำมาสรุปผล วิเคราะห์หาแนวทางในการพัฒนางานด้านการให้สุศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อไป

งานวิจัยในครั้งนี้จะสำเร็จไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ ที่นี้

พ.ต.หญิง สุรพิศ มาสมบุญ

นิติปรัชญาโท สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

HN:..... (NO.....)

## แบบสอบถาม

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหรือเขียนข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ..... ปี

3. สถานภาพการสมรส.....

4. ระดับการศึกษา

 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา / ปวช. อนุปริญญา / ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ .....

6. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ..... บาท / เดือน



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล

2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกและการทำผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าถูกต้องมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ  
 ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ  
 ไม่ทราบ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	โรคต่อกระจกคือโรคที่มีภาวะความดันตาสูงกว่าปกติ ขั้วประสาทตาบวมและฝ่อ			
2.	โรคต่อกระจกเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ			
3.	ผู้ที่มีอายุมากมีโอกาสเป็นโรคต่อกระจกมากกว่า ผู้ที่มีอายุน้อย			
4.	การรักษาโรคต่อกระจกที่ได้ผลดีที่สุดคือ การทำผ่าตัดเอา ต่อกระจกออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม			
5.	ในปัจจุบันการทำผ่าตัดต่อกระจกในรายที่ไม่มีโรค ประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่จำเป็นต้องนอนค้าง โรงพยาบาลก็ได้			

2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูก  
ไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน  
มากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น  
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น  
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียมเป็นเรื่องที่ยุงยาก				
2.	การดูแลเอาใจใส่ตนเองอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหล่เล่นสกีแก้วตาเทียมช่วยให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว				
3.	วิทยาการการแพทย์ที่ก้าวหน้า จะทำให้ผลการรักษาออกมาดีอยู่แล้ว ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามปกติ				
4.	ถ้าผู้ป่วยไม่เอาใจใส่ตนเอง จะทำให้เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น				
5.	การไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ขึ้นอยู่กับโชควาสนาของผู้ป่วย				
6.	เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระดูก ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์เสมอไป				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7.	เมื่อได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมเรียบร้อยแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง				
8.	โรคต่อกระดูกเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาก็ได้				
9.	เมื่อเป็นโรคต่อกระดูก ไม่จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดเสมอไป				
10.	โรคต่อกระดูกเป็นโรคที่ร้ายแรงสำหรับตัวท่าน				
11.	การรักษาโรคต่อกระดูก เป็นการรักษาที่ทำให้ท่านรู้สึกจำเป็นต้องดูแลรักษาดวงตาของตนเองให้มากยิ่งขึ้น				
12.	การรักษาโรคต่อกระดูกโดยวิธีการผ่าตัดในปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่าการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น				
13.	เมื่อท่านได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมเรียบร้อยแล้ว ท่านสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติม				
14.	ท่านสามารถปฏิบัติตนหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก ตามแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์				
15.	แนวทางการปฏิบัติตัวหลังต่อกระดูกเป็นเรื่องที่ง่าย				

### 2.3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

2.3.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	โรคต่อกระจกถ้าไม่ได้รับการผ่าตัดหรือทิ้งไว้นานเกินไปอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจนถึงขั้นตาบอดได้				
2.	โรคต่อกระจกเป็นโรคทางตาที่ทำให้เกิดตาบอดมากที่สุดในปัจจุบัน				
3.	โรคต่อกระจกเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัดเท่านั้น				
4.	หลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ คือ การติดเชื้อหลังผ่าตัด				
5.	การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดตาบอดได้				
6.	เมื่อเป็นโรคต่อกระจกแล้วไม่รักษา อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมได้				

### 2.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	หลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม หากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้				
2.	การสูบบุหรี่หลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม อาจทำให้แผลหายช้าและมีโอกาสติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ง่ายขึ้น				
3.	การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น เลือดออกในช่องหน้าลูกตา การติดเชื้อของลูกตา เลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน ส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง				
4.	การหยุดยาหลังผ่าตัดไม่ตรงตามเวลาและไม่ครบตามจำนวน ตามคำแนะนำของแพทย์ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้				
5.	การขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด				

### 2.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	การดูแลตนเอง ด้วยการหมั่นสังเกตอาการผิดปกติ และ แผลผ่าตัด ช่วยให้มาพบแพทย์ได้ในระยะแรก และแก้ไขความผิดปกติได้ทันทั่วทั้งที่				
2.	การดูแลตนเอง ด้วยการพักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ จะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และร่างกายแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ				
3.	การดูแลตนเอง ด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ งดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จะช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้				
4.	การดูแลตนเอง ด้วยการมาตรวจตามนัดเป็นประจำ รับประทานยาและหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้แผลหายเร็วและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้				
5.	การดูแลตนเอง ด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟ และแอลกอฮอล์ จะช่วยให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้นและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้				

### 2.3.4 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใต้เข่า แก้ตาเทียม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน  
มากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	แพทย์ และ / หรือ พยาบาล อธิบายการปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัดด้วยภาษาที่เข้าใจยาก				
2.	เมื่อมีความสงสัยในเรื่องการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ท่าน ไม่กล้าซักถาม แพทย์ หรือพยาบาล				
3.	การมาพบแพทย์ตามนัด หลังการผ่าตัดเป็นเรื่องที่ ปฏิบัติได้ยาก				
4.	การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ต่อดวงตาและร่างกาย เช่น อาหารที่มีวิตามินเอและ วิตามินซีสูงเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก				
5.	การรับประทานยาและหยอดยามีหลายชนิดทำให้ สับสน ไม่สามารถรับประทานยาและหยอดยาได้ครบ และถูกต้อง				
6.	การดูแลตนเองหลังผ่าตัด มีรายละเอียดมาก ไม่สามารถจำได้หมด				
7.	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและพักผ่อนอย่าง เพียงพอเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก				

2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเส้นเอ็นหัวไหล่เทียม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	ท่านสามารถดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเส้นเอ็นหัวไหล่เทียมโดยไม่ต้องพึ่งพา หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น				
2.	ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติของดวงตาภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเส้นเอ็นหัวไหล่เทียมได้				
3.	ท่านสามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ทำให้มีสุขภาพที่ดี				
4.	ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเส้นเอ็นหัวไหล่เทียม				
5.	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติหลังผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเส้นเอ็นหัวไหล่เทียม ท่านสามารถไปพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำและการรักษาได้				
6.	ท่านสามารถรับประทานยาและหยอดตาได้อย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง				
7.	ท่านสามารถทำงานได้ตามปกติ ทั้งงานนอกบ้าน และในบ้าน หลังได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกไหปลาร้าเส้นเอ็นหัวไหล่เทียม				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
8.	การดูแลตนเองหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ยากสำหรับท่าน				
9.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเหนียวๆ แข็งๆ เพราะรู้ว่าอาจทำให้กระทบกระเทือนถึงแผลผ่าตัดได้				
10.	ท่านสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนมาก

น้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยสอบถามอาการเจ็บป่วยของท่าน				
2.	สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ความช่วยเหลือท่าน				

ข้อที่	ข้อความถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
3.	สมาชิกในครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจท่าน				
4.	สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือ ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้ท่าน				
5.	สมาชิกในครอบครัวจัดหาอาหารที่มีประโยชน์มาให้ท่านรับประทานอย่างสม่ำเสมอ				
6.	ท่านได้รับคำแนะนำ และ อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากแพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทั้งก่อนและ หลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม				
7.	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ และอธิบายเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากเพื่อนและผู้ร่วมงาน				
8.	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นคู่มือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน				
9.	ท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่รักษาได้ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด				
10.	ความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ และ อินเทอร์เน็ต ช่วยกระตุ้นให้ท่านสนใจดูแลตนเองมากขึ้น				

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความซึ่งแสดงถึงระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของท่านที่ตรงกับความเป็นจริง ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ ทุกครั้ง สม่าเสมอ  
 ปฏิบัติเป็นส่วนมาก หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่  
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง  
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

ข้อที่	ข้อความคำถาม	การทำกิจกรรม			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.	ท่านรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้				
2.	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว				
3.	ท่านรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย งดของเหนียว ๆ แข็ง ๆ				
4.	ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินหรือวิ่ง 15-30 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์				
5.	ท่านเล่นดนตรี เล่นกีฬา ฟังธรรมะ อย่างน้อย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์				
6.	ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของดวงตาภายหลังการรับประทานยา และหยอดยาแต่ละชนิด				
7.	ท่านไปพบแพทย์/พยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีขี้ตาจำนวนมาก , ปวดตามาก , ตาแดง และตามัวลง				
8.	ท่านสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ตาแดง ปวดตามาก ตาข้างที่ผ่าตัดมีขี้ตาจำนวนมาก ตามัวลง				

ข้อที่	ข้อความ	การทำกิจกรรม			
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นส่วนมาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
9.	เมื่อมีอาการท้องผูก ท่านเบ่งถ่ายอุจจาระ				
10.	ท่านสูบบุหรี่				
11.	ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด				
12.	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
13.	ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ				
14.	ท่านเช็ดตาอย่างถูกวิธี ตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล				

ตารางผนวกที่ ข1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

(n = 150)

	ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>			
	ชาย	45	30.00
	หญิง	105	70.00
<b>2. อายุ (ปี)</b>			
	41 – 50 ปี	11	7.30
	51 – 60 ปี	16	10.70
	61 – 70 ปี	39	26.00
	71 – 80 ปี	58	38.70
	81 ปีขึ้นไป	26	17.30
<b>3. สถานภาพสมรส</b>			
	โสด	9	6.00
	สมรส	109	72.70
	หม้าย/หย่า	32	21.30
<b>4. ระดับการศึกษา</b>			
	ประถมศึกษา	73	48.70
	มัธยมศึกษา / ปวช.	33	22.00
	อนุปริญญา / ปวส.	14	9.30
	ปริญญาตรี	26	17.30
	สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.70

## ตารางผนวกที่ ข1 (ต่อ)

(n = 150)

	ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>5. อาชีพ</b>			
รับจ้างทั่วไป		12	8.00
ค้าขาย		10	6.70
เกษตรกร		2	1.30
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ		51	34.00
ธุรกิจส่วนตัว		4	2.70
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		71	47.30
<b>6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท		55	36.70
5,001 – 10,000 บาท		30	20.00
10,001– 15,000 บาท		16	10.65
15,001– 20,000 บาท		16	10.65
20,001– 25,000 บาท		12	8.00
25,001– 30,000 บาท		9	6.00
30,001 บาทหรือมากกว่า		12	8.00
<b>7. โรคประจำตัว</b>			
เบาหวาน		13	8.70
ความดันโลหิตสูง		45	30.00
โรคหัวใจ		8	5.35
เบาหวานและความดันโลหิตสูง		14	9.30
เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ		12	8.00
ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ		8	5.35
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอื่นๆ		6	4.00
ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์		2	1.30
โรคประจำตัวอื่นๆ		13	8.70
ไม่มีโรคประจำตัว		29	19.30

## ตารางผนวกที่ ข1 (ต่อ)

(n = 150)			
	ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>8. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</b>			
	มี	9	6.00
	ไม่มี	141	94.00

ตารางผนวกที่ ข2 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกและการผ่าตัดต่อ  
กระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)			
ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด	ถูก	ผิด
1.	โรคต่อกระจกคือโรคที่มีภาวะความดันตาสูงกว่าปกติ ชั่วคราวตาบวมและฝ่อ	134(89.30)	16 ( 10.70)
2.	โรคต่อกระจกเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ	130(86.70)	20 (13.30 )
3.	ผู้ที่มีอายุมากมีโอกาสเป็นโรคต่อกระจกมากกว่าผู้ที่มี อายุน้อย	130 (86.70)	20 (13.30 )
4.	การรักษาโรคต่อกระจกที่ได้ผลดีที่สุดคือ การผ่าตัดเอา ต่อกระจกออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม	130 (86.70)	20 (13.30 )
5.	ในปัจจุบันการผ่าตัดต่อกระจกในรายที่ไม่มีโรค ประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่จำเป็นต้อง นอนค้างโรงพยาบาลก็ได้	110 (73.30)	40 (26.70 )

ตารางผนวกที่ ข3 แสดงจำนวนและร้อยละของทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจก  
ที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ข้อ	ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใส เลนส์แก้วตาเทียมเป็นเรื่องที่ยุ้งยาก	5(3.30)	82(54.70)	54(36.00)	9(6.00)
2.	การดูแลเอาใจใส่ตนเองอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด ต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมช่วยให้อาการดี ขึ้นอย่างรวดเร็ว	71(47.30)	71(47.30)	7(4.70)	1(0.70)
3.	วิทยาการการแพทย์ที่ก้าวหน้า จะทำให้ ผลการรักษาออกมาดีอยู่แล้ว ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะ ปฏิบัติตามตามปกติ	8(5.30)	46(30.70)	75(50.00)	21(14.00)
4.	ถ้าผู้ป่วยไม่เอาใจใส่ตนเอง จะทำให้เสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น	67(44.70)	64(42.70)	12(8.00)	7(4.70)
5.	การไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ขึ้นอยู่กับ โชคความของผู้ป่วย	53(35.30)	66(44.00)	20(13.30)	11(7.30)
6.	เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระจก ไม่ จำเป็นต้องมาพบแพทย์เสมอไป	70(46.70)	57(38.00)	12(8.00)	11(7.30)
7.	เมื่อได้รับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตา เทียมเรียบร้อยแล้วก็ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ อย่างต่อเนื่อง	50(33.30)	86(57.30)	12(8.00)	2(1.30)
8.	โรคต่อกระจกเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง ไม่ จำเป็นต้องได้รับการรักษาก็ได้	68(45.30)	77(51.30)	5(3.30)	0(0.00)
9.	เมื่อเป็น โรคต่อกระจก ไม่จำเป็นต้องรักษาโดย การผ่าตัดเสมอไป	27(18.00)	90(60.00)	32(21.30)	1(0.07)
10.	โรคต่อกระจกเป็นโรคร้ายแรงสำหรับตัวท่าน	40(26.70)	68(45.30)	35(23.30)	7(4.70)
11.	การรักษาโรคต่อกระจก เป็นการรักษาที่ทำให้ ท่านรู้สึกว่าเป็นต้องดูแลรักษาดวงตาของ ตนเองให้มากยิ่งขึ้น	60(40.00)	87(58.00)	3(2.00)	0(0.00)
12.	การรักษาโรคต่อกระจก โดยวิธีการผ่าตัดใน ปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าการแพทย์ เจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น	81(54.00)	66(44.00)	3(2.00)	0(0.00)

## ตารางผนวกที่ ข3 (ต่อ)

(n = 150)

ข้อ	ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13.	เมื่อท่านได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ แก้วตาเทียมเรียบร้อยแล้ว ท่านสามารถดูแล ตนเองได้โดยไม่ต้องขอคำแนะนำจากบุคลากร ทางการแพทย์เพิ่มเติม	30(20.00)	99(66.00)	18(12.00)	3(2.00)
14.	ท่านสามารถปฏิบัติตนหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก ตามแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สมบูรณ์	29(19.30)	105(70.00)	16(10.70)	0(0.00)
15.	แนวทางการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกเป็น เรื่องง่าย	20(13.30)	89(59.30)	39(26.00)	2(1.30)

ตารางผนวกที่ ข4 แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่อกระดูกและ  
การผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ข้อ	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	โรคต่อกระดูกถ้าไม่ได้รับการผ่าตัดหรือทิ้งไว้ นานเกินไปอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจนถึง ขั้นตาบอดได้	82(54.70)	63(42.00)	3(2.00)	2(1.30)
2.	โรคต่อกระดูกเป็นโรคทางตาที่ทำให้เกิดตา บอดมากที่สุดในปัจจุบัน	35(23.30)	81(54.00)	31(20.70)	3(2.00)
3.	โรคต่อกระดูกเป็นโรคที่สามารถรักษาให้ หายขาดได้ โดยการผ่าตัดเท่านั้น	36(24.00)	90(60.00)	24(16.00)	0(0.00)
4.	หลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม หาก ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้คือ การติดเชื้อ หลังการผ่าตัด	61(40.70)	83(55.30)	6(4.00)	0(0.00)

ตารางผนวกที่ ข4 (ต่อ)

(n = 150)

ข้อ	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5.	การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดตาบอดได้	45(30.00)	88(58.70)	17(11.30)	0(0.00)
6.	เมื่อเป็นโรคต่อกระจกแล้วไม่รักษา อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมได้	53(35.30)	88(58.70)	9(6.00)	0(0.00)

ตารางผนวกที่ ข5 แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน  
ภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ข้อ	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	หลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม หากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไว้ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้	59(39.40)	83(55.30)	8(5.30)	0(0.00)
2.	การสูญบุหรืหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม อาจทำให้แผลหายช้าและมีโอกาสติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ง่ายขึ้น	36(24.00)	94(62.70)	17(11.30)	3(2.00)
3.	การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น เลือดออกในช่องหน้าลูกตา การติดเชื้อของลูกตา เลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน ส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง	55(36.70)	87(58.00)	6(4.00)	2(1.30)
4.	การหยอดยาหลังผ่าตัดไม่ตรงตามเวลาและไม่ครบตามจำนวน ตามคำแนะนำของแพทย์ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้	41(27.30)	102(68.00)	7(4.70)	0(0.00)
5.	การขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	60(40.00)	90(60.00)	0(0.00)	0(0.00)

ตารางผนวกที่ ๗๖ แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลัง  
ผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ข้อ	การรับรู้ประโยชน์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การดูแลตนเองด้วยการหมั่นสังเกตอาการ ผิดปกติและแผลผ่าตัด ช่วยให้มาพบแพทย์ใน ระยะแรกและแก้ไขความผิดปกติได้ทันที่	87(58.00)	63(42.00)	0(0.00)	0(0.00)
2.	การดูแลตนเองด้วยการพักผ่อนและนอนหลับ ให้เพียงพอ จะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนหลัง ผ่าตัดและร่างกายแข็งแรง สามารถดำรง ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ	71(47.30)	75(50.00)	4(2.70)	0(0.00)
3.	การดูแลตนเอง ด้วยการออกกำลังกาย สม่ำเสมอ จะช่วยให้แผลหายเร็วและลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้	54(36.00)	85(56.70)	9(6.00)	2(1.30)
4.	การดูแลตนเองด้วยการมาตรวจตามนัดเป็น ประจำรับประทานยาและหยอดยาสม่ำเสมอ จะช่วยให้แผลหายเร็วและลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้	84(56.00)	65(43.30)	1(0.70)	0(0.00)
5.	การดูแลตนเองด้วยการรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ และครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ และแอลกอฮอล์ จะช่วยให้แผลผ่าตัด หายเร็วขึ้นและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลัง ผ่าตัดได้	60(40.00)	82(54.70)	8(5.30)	0(0.00)

ตารางผนวกที่ ข7 แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเอง  
 ภายหลังจากผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ข้อ	การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	แพทย์และ/หรือพยาบาลอธิบายการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดด้วยภาษาที่เข้าใจยาก	18(12.00)	102(68.00)	21(14.00)	9(6.00)
2.	เมื่อมีความสงสัยในเรื่องการดูแลตนเองหลัง ผ่าตัดท่านไม่กล้าซักถาม แพทย์หรือพยาบาล	33(22.00)	88(58.70)	23(15.30)	6(4.00)
3.	การมาพบแพทย์ตามนัด หลังการผ่าตัดเป็น เรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก	41(27.30)	86(57.30)	19(12.70)	4(2.70)
4.	การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อ ดวงตาและร่างกาย เช่น อาหารที่มีวิตามิน เอ และวิตามินอีสูงเป็นสิ่งปฏิบัติได้ยาก	29(19.30)	75(50.00)	37(24.70)	9(6.00)
5.	การรับประทานยาและหยอดยามีหลายชนิดทำ ให้สับสน ไม่สามารถรับประทานยาและหยอด ยาได้ครบและถูกต้อง	24(16.00)	86(57.30)	36(24.00)	4(2.70)
6.	การดูแลตนเองหลังผ่าตัด มีรายละเอียดมากมา สามารถจดจำได้หมด	23(15.30)	93(62.00)	31(20.70)	3(2.00)
7.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนอย่าง เพียงพอเป็นสิ่งปฏิบัติได้ยาก	21(14.00)	87(58.00)	36(24.00)	6(4.00)

ตารางผนวกที่ ข8 แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง  
ภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n =  
150)

ข้อ	การรับรู้ความสามารถของตน ในการดูแลตนเอง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านสามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยไม่ต้องพึ่งพาหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น	15(10.00)	76(50.70)	45(30.00)	14(9.30)
2.	ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติของดวงตาภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้	15(10.00)	122(81.30)	13(8.70)	0(0.00)
3.	ท่านสามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้อย่างถูกต้องทำให้มีสุขภาพที่ดี	42(28.00)	104(69.30)	4(2.70)	0(0.00)
4.	ท่านเชื่อว่าท่านสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องซึ่งจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	26(17.30)	101(67.30)	23(15.30)	0(0.00)
5.	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมท่านสามารถไปพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำและการรักษาได้	58(38.70)	88(58.70)	4(2.70)	0(0.00)
6.	ท่านสามารถรับประทานยาและหยุดยาได้อย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง	52(34.70)	91(60.70)	7(4.70)	0(0.00)
7.	ท่านสามารถทำงานได้ตามปกติ ทั้งงานนอกบ้านและในบ้าน หลังได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	7(4.70)	36(24.00)	86(57.30)	21(14.00)
8.	การดูแลตนเองหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ยากสำหรับท่าน	23(15.30)	96(64.00)	25(16.70)	6(4.00)
9.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเหนียว ๆ แข็ง ๆ เพราะรู้ว่าอาจทำให้กระทบกระเทือนถึงแผลผ่าตัดได้	40(26.70)	106(70.70)	4(2.70)	0(0.00)
10.	ท่านสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	62(41.30)	84(56.00)	4(2.70)	0(0.00)

และพยาบาลอย่างเคร่งครัด

**ตารางผนวกที่ ข9** แสดงจำนวนและร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ข้อ	แรงสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยสอบถามอาการเจ็บป่วยของท่าน	67(44.70)	76(50.70)	7(4.70)	0(0.00)
2.	สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ความช่วยเหลือท่าน	71(47.30)	73(48.70)	6(4.00)	0(0.00)
3.	สมาชิกในครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจท่าน	75(50.00)	70(46.70)	4(2.70)	1(0.70)
4.	สมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลและให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้ท่าน	79(52.70)	60(40.00)	11(7.30)	0(0.00)
5.	สมาชิกในครอบครัวจัดหาอาหารที่มีประโยชน์มาให้ท่านรับประทานอย่างสม่ำเสมอ	60(40.00)	80(53.30)	10(6.70)	0(0.00)
6.	ท่านได้รับคำแนะนำและอธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม	72(48.00)	72(48.00)	4(2.70)	2(1.30)
7.	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ และอธิบายเกี่ยวกับโรคตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากเพื่อนและผู้ร่วมงาน	27(18.00)	68(45.30)	39(26.00)	16(10.70)
8.	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นคู่มือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	58(38.70)	63(42.00)	24(16.00)	5(3.30)

## ตารางผนวกที่ ข9 (ต่อ)

(n = 150)

ข้อ	แรงสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
9.	ท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล ที่รักษาได้ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด	26(17.30)	52(34.70)	56(37.30)	16(10.70)
10.	ความรู้จากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ วิทยู โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต ช่วยกระตุ้นให้ ท่านสนใจดูแลตนเองมากขึ้น	26(17.30)	73(48.70)	37(24.70)	14(9.30)

ตารางผนวกที่ ข10 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการ  
ผ่าตัดต่อกระดูกใต้เลนส์แก้วตาเทียม

(n = 150)

ข้อ	พฤติกรรมดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.	ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้	65(43.30)	46(30.70)	39(26.00)	0(0.00)
2.	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว	47(31.30)	59(39.30)	42(28.00)	2(1.30)
3.	ท่านรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย งด ของเหนียว ๆ แข็ง ๆ	49(32.70)	56(37.30)	39(26.00)	6(4.00)
4.	ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินหรือวิ่ง 15 - 30 นาที / ครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้ง / สัปดาห์	41(27.30)	33(22.00)	46(30.70)	30(20.00)
5.	ท่านเล่นดนตรี เล่นกีฬา ฟังธรรมะ อย่างน้อย 1-2 ครั้ง / สัปดาห์	26(17.30)	15(10.00)	74(49.30)	35(23.30)

## ตารางผนวกที่ ข10 (ต่อ)

(n = 150)

ข้อ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
6.	ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของดวงตา ภายหลังการรับประทานยาและหยอดยา แต่ละชนิด	64(42.70)	52(34.70)	31(20.70)	3(2.00)
7.	ท่านไปพบพบแพทย์/พยาบาล เมื่อมี อาการผิดปกติ เช่น มีไข้จำนวนมาก ปวดตามาก ตาแดง และตามัวลง	58(38.70)	47(31.30)	35(23.30)	10(6.70)
8.	ท่านสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของ ร่างกาย เช่น ตาแดง ปวดตามาก ตาข้างที่ ผ่าตัดมีไข้จำนวนมาก ตามัวลง	72(48.00)	43(28.70)	29(19.30)	6(4.00)
9.	เมื่อมีอาการท้องผูกท่านเบ่งถ่ายอุจจาระ	31(20.70)	77(51.30)	19(12.70)	23(15.30)
10.	ท่านสูบบุหรี่	139(92.70)	4(2.70)	7(4.70)	0(0.00)
11.	ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด	133(88.70)	15(10.00)	2(1.30)	0(0.00)
12.	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	128(85.30)	17(11.30)	1(0.70)	4(2.70)
13.	ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	75(50.00)	51(34.00)	24(16.00)	0(0.00)
14.	ท่านเช็ดตาอย่างถูกวิธี ตามคำแนะนำของ แพทย์และพยาบาล	103(68.70)	33(22.00)	12(8.00)	2(1.30)

ตารางผนวกที่ ข11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

(n=150)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	$\chi^2$	p-value
	จำนวนร้อยละ					
	ควร ปรับปรุง	ปานกลาง	ดี			
<b>1. เพศ</b>					0.381	.827
ชาย	12 (8.00)	19 (12.70)	14 (9.30)	45 (30.00)		
หญิง	32 (21.30)	45 (30.00)	28 (18.70)	105 (70.00)		
<b>2. อายุ (ปี)</b>					5.678	.058
ต่ำกว่า 60 ปี	13 (8.80)	8 (5.30)	6 (4.00)	27 (18.00)		
สูงกว่า 60 ปี	31 (20.70)	56 (37.30)	36 (24.00)	123 (82.00)		
<b>3. สถานภาพสมรส</b>					1.250	.535
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	12 (8.00)	15 (10.00)	14 (9.30)	41 (27.30)		
สมรส	32 (21.30)	49 (32.70)	28 (18.70)	109 (72.70)		

## ตารางผนวกที่ ข11 (ต่อ)

(n=150)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	$\chi^2$	p-value
	จำนวนร้อยละ					
	ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี			
<b>4. ระดับการศึกษา</b>					7.019	.135
ประถมศึกษา	28 (18.70)	30 (20.00)	15 (10.00)	73 (48.70)		
มัธยมศึกษา / อนุปริญญา	9 (6.00)	21 (14.00)	17 (11.30)	47 (31.30)		
ปริญญา / สูงกว่าปริญญา	7 (4.70)	13 (8.70)	10 (6.70)	30 (20.00)		
<b>5. อาชีพ</b>					3.088	.798
รับจ้าง / เกษตรกร	4 (2.70)	7 (4.70)	3 (2.00)	14 (9.30)		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	4 (2.70)	7 (4.70)	3 (2.00)	14 (9.30)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ / พนักงานบริษัท	12 (8.00)	21 (14.00)	18 (12.00)	51 (34.00)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24 (16.00)	29 (19.30)	18 (12.00)	71 (47.30)		

## ตารางผนวกที่ ข11 (ต่อ)

(n=150)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	$\chi^2$	p-value
	จำนวนร้อยละ					
	ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี			
<b>6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>					14.146	.291
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ						
5,000 บาท	19 (12.70)	24 (16.00)	12 (8.00)	55 (36.70)		
5,001 – 10,000 บาท	11 (7.30)	11 (7.30)	8 (5.30)	30 (20.00)		
10,001–15,000 บาท	6 (4.00)	6 (4.00)	4 (2.70)	16 (10.70)		
15,001– 20,000 บาท	1 (0.70)	7 (4.70)	8 (5.30)	16 (10.70)		
20,001–25,000 บาท	3 (2.00)	4 (2.70)	5 (3.30)	12 (8.00)		
25,001–30,000 บาท	1 (0.70)	7 (4.70)	1 (0.70)	9 (6.00)		
30,001 บาท หรือมากกว่า	3 (2.00)	5 (3.30)	4 (2.70)	12 (8.00)		
<b>7. โรคประจำตัว</b>					.266	.875
มีโรคประจำตัว	35 (23.30)	51 (34.00)	35 (23.30)	121 (68.30)		
ไม่มีโรคประจำตัว	9 (6.00)	13 (8.70)	7 (4.70)	29 (19.30)		

## ตารางผนวกที่ ข11 (ต่อ)

(n=150)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	$\chi^2$	p-value
	จำนวนร้อยละ					
	ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี			
<b>8. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด</b>					2.016	.365
มี	1 (0.70)	4 (2.70)	4 (2.70)	9 (6.00)		
ไม่มี	43 (28.70)	60 (40.00)	38 (25.30)	141 (94.00)		

\* P &lt; .05

## ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ	พันตรีหญิง สุรพิชญ์ มาสมบุญณ์
เกิดวันที่	18 มิถุนายน 2512
สถานที่เกิด	อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ ทหารกรมศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลประจำห้องผ่าตัดจักษุกรรม
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ห้องผ่าตัดจักษุกรรม กองจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า